



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana

Doutoramento em Saúde Pública

Catarina Maria Silva Carvalho Sousa Machado

Janeiro de 2018



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública na área científica de Política, Gestão e Administração da Saúde, realizada sob a orientação científica de Prof. Doutora Ana Escoval e Prof. Doutor Francisco Salvado e comissão tutorial Prof. Doutora Ana Cristina Manso

Janeiro de 2018

“Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.
Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança. “

António Gedeão, in 'Movimento Perpétuo'

PREFÁCIO

Antes de iniciarem a leitura deste trabalho, gostaria de convosco trocar algumas palavras que vos permitam melhor inserir-se no processo da sua elaboração. Porquê? Porque embora esta tese emergja de um trabalho com uma finalidade inicialmente académica – tese de doutoramento – desde o início essa finalidade se amalgamou com outras bem mais abrangentes e fundamentais na globalidade do meu projeto de vida profissional.

Começarei por vos dizer que o ponto de partida deste trabalho foi uma vontade de conhecer os “bastidores” da saúde em Portugal, curiosidade que se acompanhou a anos de entusiasmo pelo meu trabalho – médica – dentista e cujo sentido se foi fortalecendo com a minha investigação no âmbito da Tese de Mestrado que me despertou o interesse para a Saúde Pública e com ele a aspiração de poder dar o meu contributo para melhorar a saúde oral dos portugueses.

Em 2010, inscrevi-me no Programa de Doutoramento em Saúde Pública, na área de Política, Gestão e Administração da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Ao mesmo tempo, integrei a equipa do projeto de investigação, “Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos”, cujo objetivo principal era determinar o perfil epidemiológico de funcionalidade da população idosa do Alentejo segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), onde tive a oportunidade de conhecer e trabalhar com equipas de saúde multidisciplinares que me encorajaram ao desenvolvimento do meu doutoramento.

Esta experiência fez-me lidar mais de perto com o quadro de mudança que hoje se vive, o aumento da esperança média de vida e a problemática do envelhecimento, que leva a grandes desafios. Impõem-se novas competências ao trabalho dos profissionais de saúde para que os cuidados prestados possibilitem uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas. Este novo paradigma exige também aos Médicos Dentistas o desenvolvimento de estratégias construtivas para responder às necessidades e tendências deste segmento da população, uma vez que uma melhor saúde oral pode ser um importante fator contributivo para evitar várias doenças que acompanham as pessoas ao longo da sua vida.

Esta investigação pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre os indicadores de saúde oral que afetam a população idosa em Portugal e identificar as necessidades de saúde oral desta população.

Espero que os leitores e especialistas nesta área considerem esta tese útil para suas práticas. Além disso, tenho esperança que os resultados deste estudo sirvam de base para estudos futuros sobre os vínculos entre saúde oral e saúde geral, o que por sua vez, possa contribuir para a melhoria de políticas de saúde pública e do desenho de programas nacionais de saúde.

Catarina Carvalho

Lisboa, Portugal

Janeiro 2018

AGRADECIMENTOS

É com uma enorme satisfação que agradeço a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho. A impossibilidade de nomear todos, leva-me a destacar aqueles a quem devo uma palavra muito especial de reconhecimento.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus orientadores científicos pelo apoio, disponibilidade, rigor e partilha de conhecimentos.

Prof^a. Doutora Ana Escoval, obrigada pela sua paciência, por ter acreditado no meu trabalho desde o início e ter-me permitido inscrever neste Doutoramento.

Obrigada ao Prof. Francisco Salvado pela sua motivação, orientação e apoio científico.

À Prof. Cristina Manso, agradeço a amizade e o relevante apoio e ajuda, competência e otimismo durante todo este processo.

Ao Prof. Doutor Manuel Lopes pela oportunidade que me deu e por todo o seu empenho ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Carla Nunes por todo o apoio científico dado ao longo do desenvolvimento do estudo e validação do GOHAI.

Agradeço a todos os intervenientes neste estudo, os profissionais de saúde da região do Alentejo que colaboraram na recolha dos dados, os utentes que integraram a amostra e as instituições que acolheram e facilitaram a realização do estudo, nomeadamente a Universidade de Évora.

Aos meus colegas de Doutoramento pelo apoio e encorajamento, nomeadamente à Carla e ao César.

Um especial agradecimento à Rosa pela sua ajuda e por ter ganho também a sua amizade.

Às minhas amigas que direta ou indiretamente me apoiaram e ajudaram a tornar este percurso mais fácil.

Um Obrigado muito especial e sincero Àquele em quem acredito e que me dá Fé, força e esperança todos os dias.

Por fim, mas naturalmente não por último, um enorme obrigada à minha família, a

melhor, cada um com um papel tão único e importante ao longo desta caminhada.

Mãe, obrigada pelo exemplo que é, pelo seu amor, por me encorajar e descomplicar sempre tudo.

À minha irmã Maria Ana pela sua presença constante e exemplo a seguir.

Ao meu irmão João por estar sempre lá.

Ao meu marido, Miguel, pelo seu amor e amizade incondicional e por estar sempre ao meu lado e me ter encorajado durante todos estes anos.

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Domingos e Madalena, que sem saberem me ajudaram a concluir esta etapa; por serem a fonte de inspiração que todos os dias me motiva.

A todas as pessoas que me ajudaram a alcançar os objetivos propostos e que não mencionei, sem que, contudo, as esqueça, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

O envelhecimento demográfico da população tem vindo a aumentar significativamente, o que torna imprescindível realizar estudos epidemiológicos que permitam quantificar o estado geral de saúde e o bem-estar da população idosa, em particular as condições de saúde oral.

O presente trabalho insere-se nesta temática e pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre os indicadores de saúde oral que afetam a população idosa em Portugal e identificar as suas necessidades neste âmbito. Para o efeito, foi desenvolvido um estudo epidemiológico e transversal, assente numa abordagem observacional e analítica, na região do Alentejo, onde se observa a taxa de envelhecimento mais elevada do país. A amostra é constituída por 876 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M = 76,43$; $DP = 6,50$), sendo 56,6% do sexo feminino.

Os dados foram recolhidos através do indicador sócio dentário e de qualidade de vida – Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) – e alguns dos indicadores do estado de saúde (e.g., fatores clínicos, ambientais e de incapacidade) cuja associação com a autoperceção da saúde oral é bastante relevante para compreender a funcionalidade e o bem-estar desta população.

À semelhança de estudos anteriores, o instrumento revelou ter boas qualidades psicométricas, o que sugere ser adequado para avaliar a qualidade de vida da saúde oral dos idosos.

A pertinência do estudo prende-se, ainda, com a criação de conhecimento científico numa área de elevado interesse para a Saúde Pública face às exigências atuais provocadas pelo aumento da esperança de vida da população portuguesa e mundial.

Palavras-Chave: Saúde oral, Idosos, Autoperceção, Assistência médico-dentária, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The demographic aging of the population has been increasing significantly, which makes it essential to carry out studies to quantify the general health and well-being of the elderly population, in particular oral health conditions.

The present work is part of this theme and aims to contribute to deepen the knowledge about the oral health indicators that affect the elderly population in Portugal and to identify their needs in this area. For this purpose, an epidemiological and transversal study was developed based on an observational and analytical approach in the Alentejo region, where the highest rate of aging in the country is observed. The sample consisted of 876 elderly individuals aged 65-96 years ($M = 76.43$; $(SD) = 6.50$), the majority of whom were female (56.6%).

The data was collected through the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) - and some health status indicators (eg, clinical, environmental and disability factors), whose association with health self-perception is very relevant to understand the functionality and well-being of this population.

As in previous studies carried out with the population, the instrument has shown to have good psychometric qualities, which suggests that it is adequate to evaluate the quality of life of the oral health of the elderly.

The pertinence of the study is also related to the creation of scientific knowledge in an area of high interest for Public Health in light of the current demands caused by the increase in the life expectancy of the Portuguese and world population.

Keywords: Oral health, Elderly, Self-perception, Dental care, Quality of life.

ÍNDICE GERAL

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1. Importância do tema	3
2. Estrutura do trabalho	6

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O envelhecimento populacional	9
1.1. População Mundial	9
1.2. População da Europa	10
1.3. População Portuguesa	10
2. A Saúde Oral nos Idosos	13
2.1. Indicadores de Avaliação da Saúde Oral	15
3. Organização dos Serviços de Saúde Oral	17
3.1. Os Sistemas de Saúde	18
3.2. Os Sistemas de Assistência Médico-Dentária	19
3.2.1. Modelos de Assistência Médico-Dentária na União Europeia	22
3.3. Prestação de Cuidados de Saúde Oral em Portugal	25
3.3.1. Evolução do Sistema de Saúde Oral em Portugal	28
3.3.2. Modelos de Assistência Médico-Dentária em Portugal	30
3.3.2.1. O sistema liberal ou seguro privado	30
3.3.2.2. O sistema de seguro social	31
3.3.2.3. O sistema financiado pelos impostos	32
3.3.3. Prática Clínica nos Serviços Públicos de Saúde	33
3.3.3.1. Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral	35
3.3.4. Esforço Financeiro dos Cuidados de Saúde Oral para os Portugueses	43
4. A Saúde Oral e a Funcionalidade	44

CAPÍTULO III: HIPÓTESE, PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

1. Modelo conceptual	49
2. Hipótese de investigação	50
3. Perguntas de investigação	50
3.1. Pergunta de investigação geral	50
3.2. Pergunta de investigação específica	51
4. Objetivos	51
4.1. Objetivo geral	51
4.2. Objetivos específicos	51

CAPÍTULO IV: MATERIAL E MÉTODOS

1. Desenho de estudo	57
2. Amostra	57
3. O instrumento	58
4. Recolha de dados	60
4.1. Pré-Teste	61
4.2. Análise do Pré-Teste	61
4.3. Segunda aplicação do GOHAI	62
5. Análise Estatística	62
5.1. Validação do GOHAI	63
5.1.1. Propriedades Psicométricas do GOHAI	63
5.1.1.1. Validade	63
5.1.1.2. Fiabilidade	64
5.1.1.3. Variabilidade	65
5.1.2. Análise fatorial confirmatória	65
5.2. Estatísticas descritivas e diferenciais	66
5.3. Associação entre variáveis	66
5.4. Regressão Logística Binária	67
5.5. Regressão Linear Múltipla	67
5.6. Análise de Correspondências Múltipla	68

CAPÍTULO V: QUESTÕES ÉTICAS

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

1. Caracterização da amostra	75
2. Descrição das principais variáveis	78
2.1. Sensação de Dor	78

2.2. Estruturas da boca	78
2.2.1. Dentição funcional e próteses dentárias	79
2.3. Última consulta de medicina dentária e cheque-dentista	80
3. Validação do GOHAI	81
3.1. Propriedades Psicométricas do GOHAI	81
3.1.1. Validade	81
3.1.2. Fiabilidade	83
3.1.3. Variabilidade	83
3.2. Análise fatorial confirmatória	84
3.3. Estatísticas descritivas e diferenciais	85
3.3.1. Autoperceção da Saúde Oral – GOHAI (índice global)	86
3.3.1.1. Autoperceção da Saúde Oral – GOHAI e CIF	87
3.3.2. Variáveis explicativas da baixa Autoperceção da Saúde Oral dos Idosos	91
3.3.3. Dimensões da Saúde Oral – GOHAI	93
3.3.3.1. Associação entre variáveis	98
4. Análise do modelo conceptual em estudo	100
5. Perfil dos idosos relativamente à Autoperceção da Saúde Oral	101
CAPÍTULO VII: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
CAPÍTULO VIII: CONCLUSÕES	
1. Considerações finais	121
2. Limitações do estudo	122
3. Perspetivas futuras	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

ANEXOS

- Anexo 1. Artigo publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública
- Anexo 2. Artigo publicado na Revista de Saúde Pública
- Anexo 3. Consentimento informado
- Anexo 4. Questionário

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	–	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACM	–	Análise de Correspondências Múltiplas
ADM	–	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	–	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AFC	–	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	–	Análise Fatorial Exploratória
AMOS	–	Analysis of Moment Structures
ARS	–	Administração Regional de Saúde
BAS	–	Benefícios Adicionais de Saúde
BASCD	–	Associação Britânica de Estudos em Medicina Dentária e Comunitária
CIF	–	Classificação Internacional de Funcionalidade
CFI	–	Comparative Fit Index
CSI	–	Complemento Solidário para Idosos
DGS	–	Direção-Geral da Saúde
EADPH	–	Associação Europeia de Saúde Pública Dentária
EGOHID Project	–	European Global Oral Health Indicators Development Project
ERS	–	Entidade Reguladora da Saúde
GOHAI	–	Geriatric Oral Health Assessment Index
IADR	–	Associação Internacional para a Pesquisa Dentária
INE	–	Instituto Nacional de Estatística
KMO	–	Kaiser-Meyer-Olkin
NHS	–	National Health Service
NUTS	–	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OHIP	–	Oral Health Impact Profile
OIDP	–	Oral Impacts on Daily Performances

OHRQOL	–	Oral Health-Related Quality of Life
OMD	–	Ordem dos Médicos Dentistas
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PNPSO	–	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PRSO	–	Programa Regional de Saúde Oral
PSO	–	Programa de Saúde Oral
PT	–	Portugal Telecom
RAA	–	Região Autónoma dos Açores
RAM	–	Região Autónoma da Madeira
RIMAS	–	Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
RLB	–	Regressão Logística Binária
RLM	–	Regressão Linear Múltipla
RMSEA	–	Root Mean Square Error of Approximation
SAMD	–	Sistemas de Assistência Médico-Dentária
SAMS	–	Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Centro, Norte, Sul e Ilhas
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SOPI	–	Saúde Oral nas pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário
SPSS	–	Statistical Package for Social Sciences
SRS	–	Sistema Regional de Saúde
TLI	–	Tucker-Lewis Index
UE	–	União Europeia
USF	–	Unidade de Saúde Familiar
UTA	–	Unidade Territorial do Alentejo
VD	–	Variável Dependente
VI	–	Variável Independente

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de profissionais de medicina dentária inscritos na OMD, por 1000 habitantes e NUTS III, em 2014	26
Gráfico 2 – Ratio populacional por médico dentista em países da União Europeia, 2012/2013	27
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade (valores absolutos)	76
Gráfico 4 – Diagnóstico médico das principais condições de saúde existentes	77
Gráfico 5 – Dentição funcional (valores absolutos)	79
Gráfico 6 – Existência e próteses no maxilar superior e inferior (valores absolutos)	80
Gráfico 7 - Consultou um médico dentista nos últimos 12 meses?	80
Gráfico 8 - Sabe o que é o cheque dentista?	81
Gráfico 9 - Já utilizou o cheque dentista?	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceptual em estudo _____	53
Figura 2 – Distribuição dos participantes em função do concelho de residência _____	75
Figura 3 – Representação pictórica do modelo do GOHAI _____	85
Figura 4 – Relação entre as variáveis relacionadas com a medicina dentária, a dentição funcional e a autoperceção da saúde oral dos idosos _____	93
Figura 5 – Perfis dos idosos segundo a autoperceção da saúde oral _____	102
Figura 6 – Autoperceção de saúde oral segundo o sexo, idade e local de residência dos participantes no estudo _____	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista (CD)	39
Quadro 2 – Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO	41
Quadro 3 – Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal, 1950-2060	11
Tabela 2 – População da Região do Alentejo, em 2011	12
Tabela 3 – Região do Alentejo: diferença de população entre 2001 e 2010	12
Tabela 4 – Distribuição de médicos dentistas/estomatologistas, higienistas orais e consultas de medicina dentária/estomatologia realizadas, nos Cuidados de Saúde Primários nos ACES, no ano de 2011, em Portugal Continental (valores absolutos)	33
Tabela 5 – Distribuição de médicos estomatologistas e consultas de Estomatologia realizadas nas Unidades Hospitalares, no ano de 2011, em Portugal Continental (valores absolutos)	33
Tabela 6 – Amostra projetada e amostra real em função do sexo e faixa etária (valores absolutos)	58
Tabela 7 – Frequências das categorias das dimensões do GOHAI (valores absolutos)	59
Tabela 8 – Valores de referência para o KMO	63
Tabela 9 – Valores de referência para o alfa de <i>Cronbach</i>	64
Tabela 10 – Pessoas com quem os idosos residem (valores absolutos)	75
Tabela 11 – Satisfação das necessidades básicas em função da situação financeira	77
Tabela 12 – Sensação de dor em função da idade dos participantes	78
Tabela 13 – Estruturas da boca	79
Tabela 14 – Comunalidades	82
Tabela 15 – Consistência interna das dimensões e índice global do GOHAI	83
Tabela 16 – Teste de normalidade das dimensões e índice global do GOHAI	84
Tabela 17 – Autoperceção da saúde oral (índice global)	86
Tabela 18 – Autoperceção da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas	87

Tabela 19 – Autopercepção da saúde oral em função das atividades de participação_____	88
Tabela 20 – Autopercepção da saúde oral em função dos fatores ambientais____	89
Tabela 21 – Autopercepção da saúde oral em função das estruturas da boca ____	90
Tabela 22 – Autopercepção da saúde oral em função das dimensões da CIF____	91
Tabela 23 – Baixa autopercepção da saúde oral: fatores explicativos_____	92
Tabela 24 – Dimensões do GOHAI_____	93
Tabela 25 – Frequências das dimensões do GOHAI_____	94
Tabela 26 – Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das variáveis sociodemográficas_____	95
Tabela 27 – Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das atividades de participação_____	96
Tabela 28 – Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das estruturas da boca_____	97
Tabela 29 – Qualificadores CIF_____	97
Tabela 30 – Correlação entre as estruturas da boca e as dimensões da CIF____	99
Tabela 31 – Variáveis explicativas da dimensão física do GOHAI (Regressão linear múltipla)_____	100
Tabela 32 – Variáveis explicativas da dimensão psicossocial do GOHAI (Regressão linear múltipla)_____	100
Tabela 33 – Variáveis explicativas da dimensão dor ou desconforto do GOHAI (Regressão linear múltipla)_____	101
Tabela 34 – Identificação das variáveis em estudo_____	101

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

1. Importância do tema

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, com características globais que afetam a sociedade a todos os níveis, exigindo alterações sociais profundas (UN, 2011).

O processo de envelhecimento *per se*, contribui para uma maior ocorrência de problemas de saúde oral, originando uma necessidade, cada vez maior, de cuidados médicos dentários. As doenças orais continuam a ser um problema importante de Saúde Pública. Em muitos países desenvolvidos, as despesas com o tratamento de doenças orais estão ao nível ou ultrapassam as de outras doenças, incluindo o cancro, as doenças cardiovasculares e a demência (Patel, 2012). Esta situação constitui um motivo de grande preocupação, uma vez que as doenças orais são possíveis de prevenir (Lourenço & Barros, 2016).

Há mais de duas décadas Koop (1993) chamou a atenção para a importância da saúde oral salientando que “não somos saudáveis sem uma boa saúde oral”. Além do efeito direto na qualidade dos dentes e gengivas, a saúde oral afeta a fala, a mastigação, a deglutição, a satisfação ao sorrir, a comunicação não verbal e a sociabilização, podendo ainda agravar ou provocar doenças sistémicas. As infeções orais bacterianas não se restringem apenas à perda dentária, envolvem também patologias características dos idosos, a doença periodontal com recessão gengival, a cárie dentária e a xerostomia que podem ser agravadas por doenças como a diabetes, doenças cardíacas, oncológicas, consumo de medicamentos e utilização de próteses dentárias.

Albert (2008) refere, ainda, que as próteses dentárias devem ser limpas diariamente para evitar infeções oportunistas por acumulação de placa bacteriana, podendo mesmo se estiverem mal-adaptadas, provocar alterações na cavidade oral e tecidos circundantes.

A evidência científica demonstra que a saúde oral é uma parte integrante da saúde e um fator determinante para a qualidade de vida da população. Esta realidade tem vindo a incentivar o desenvolvimento de planos de promoção da saúde oral e políticas de prevenção das doenças que se incluem em ações mais amplas de promoção da saúde, que visam melhorar a qualidade de vida individual (Tirth, 2012).

Em Portugal, o envelhecimento populacional, traduz-se em fortes pressões sobre o sistema de saúde e segurança social, aumentando a despesa em cuidados sociais e de saúde e comprometendo a sustentabilidade financeira destes sistemas, o que reforça a

necessidade de políticas de Saúde Pública que enfatizem a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória a quem envelhece (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011a).

A cobertura formalmente abrangente do SNS (Serviço Nacional de Saúde) português, apresenta várias exceções, sendo a mais evidente a da medicina dentária, que é maioritariamente privada (Barros, Machado, & Simões, 2011; Simões et al., 2007). O 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006, revela que 92,1% das consultas de medicina dentária/estomatologia foram realizadas no setor privado (INSA, 2007).

Os indicadores de saúde oral em Portugal encontram-se muito abaixo da média europeia, sendo várias as fontes de informação que apontam para a existência de necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas (Lourengo & Barros, 2016).

Apesar da existência de recursos humanos qualificados e disponíveis, os portugueses deparam-se com enormes dificuldades financeiras para acederem aos cuidados de saúde oral, pois necessitam de assumir diretamente os custos dos tratamentos, verificando-se que a barreira financeira constitui um dos principais impedimentos para que a população tenha uma melhor saúde neste campo. E não são apenas as famílias com rendimentos mais baixos a serem afetadas, pois em vários casos, as pessoas com rendimentos mais altos, também se deparam com despesas elevadas quando acedem a serviços de saúde oral. Esta situação tem vindo a criar obstáculos que, naturalmente, impedem as famílias com menores rendimentos de aceder a cuidados de saúde oral, colocando em causa o seu direito à saúde. Todavia, os aspetos de natureza financeira e proteção na doença, são passíveis de intervenção por parte das políticas de saúde, pelo que tudo aponta para uma potencial melhoria da saúde oral da população (Barros & Simões, 2007).

Num cenário de aumento do envelhecimento da população, existe uma necessidade crescente de definir padrões aceitáveis de saúde oral que contribuam para melhorar o estado geral de saúde e bem-estar (Mariño, Abala, Sanchez, Cea, & Fuentes, 2013). Para o efeito, são necessários dados epidemiológicos que quantifiquem as condições de saúde oral dos idosos, sendo esta informação fundamental para o planeamento, organização e monitorização dos serviços de saúde oral prestados (Silva, Held, Torres, Sousa, Neri, & Antunes, 2011).

A literatura sugere que os dados clínicos, da avaliação realizada pelos profissionais de saúde, devem ser complementados com indicadores de autoperceção dos idosos, relativamente à sua condição de saúde oral e necessidades de tratamento (Atchison,

1997). Neste âmbito, têm vindo a ser desenvolvidos vários indicadores sócio dentários que medem a forma como as alterações da saúde oral comprometem a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Entre estes indicadores, encontram-se várias medidas subjetivas, entre as quais: a dor/desconforto, os problemas estéticos, as restrições na alimentação, a comunicação, as relações afetivas, as atividades diárias e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Locker & Allen, 2007). Dos instrumentos desenvolvidos para avaliar estes indicadores, o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) foi o único elaborado especificamente para a população idosa (Atchison & Dolan, 1990).

Apesar da investigação em autopercepção ser, cada vez mais, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Portugal, continua a existir uma enorme escassez sobre este tema (Peres et al, 2010).

Estas questões assumem elevada importância no âmbito da Saúde Pública, pelo que se torna essencial conhecer o impacto da saúde oral dos idosos, na sua saúde em geral, para poder antever de que forma a ausência destes cuidados se refletem no sistema de saúde (Lopes et al., 2012).

Face a esta situação, surge a necessidade de se desenvolverem estudos sobre a avaliação da saúde oral dos idosos que contemplem a sua perceção sobre a mesma, uma vez que o comportamento desta população é condicionado por essa perceção e pela importância que lhe é atribuída (Silva et al., 2011).

O presente trabalho pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre os indicadores de saúde oral que afetam a população idosa em Portugal e identificar as necessidades de saúde oral desta população. Para o efeito, foi desenvolvido um estudo na região do Alentejo, local onde se observa a taxa de envelhecimento mais elevada do país.

Esta investigação tem um carácter epidemiológico, observacional, analítico e transversal e teve por base a análise dos dados provenientes de um projeto mais amplo que visa determinar o perfil de funcionalidade da população idosa do Alentejo segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

A pertinência do estudo prende-se com a criação de conhecimento científico numa área de elevado interesse para a Saúde Pública face às exigências atuais provocadas pelo aumento da esperança de vida da população portuguesa e mundial.

O carácter inovador desta investigação consiste em aprofundar o conhecimento sobre os indicadores e necessidades de saúde oral da população idosa, cujos estudos são escassos e, assim, contribuir para uma melhor e mais adequada definição de políticas

públicas de saúde oral. Pretende-se que a médio/longo prazo este trabalho possa ser um contributo não só para grandes melhorias da saúde oral desta população como para uma profilaxia de redução significativa de situações agudas evitáveis.

2. Estrutura do trabalho

O presente trabalho encontra-se estruturado em oito capítulos, pelo que a sua organização respeitou uma lógica sequencial.

O Capítulo I aborda a pertinência e carácter inovador do tema em Saúde Pública e, designadamente, na especialidade Política, Gestão e Administração da Saúde.

No Enquadramento Teórico (Capítulo II), é descrito o estado de arte dos quatro grandes assuntos fundamentais implícitos no estudo: (i) o envelhecimento populacional, (ii) a saúde oral nos idosos, (iii) a organização dos serviços de saúde oral, onde se integram os Sistemas de Assistência Médico-Dentária e a evolução do Plano Nacional de Saúde e, (iv) por último, a relação entre a saúde oral e a funcionalidade nos idosos.

No Capítulo III são apresentados e descritos: (i) o modelo conceptual, construído através do enquadramento teórico efetuado nos capítulos antecedentes; (ii) a hipótese e perguntas de investigação geral e específicas; (iii) e os objetivos do estudo.

No Capítulo IV são expostos os materiais e métodos utilizados para a concretização do presente trabalho de investigação, entre os quais: a caracterização da amostra analisada e os procedimentos de análise estatística.

O Capítulo V é dedicado às questões éticas envolvidas na condução do presente estudo.

No Capítulo VI são apresentados os principais resultados obtidos, após aplicação dos procedimentos descritos no Capítulo IV: Material e Métodos.

No Capítulo VII (Discussão dos resultados) debruçamo-nos sobre as fragilidades de conceção e desenho do instrumento, bem como as limitações dos métodos e as suas repercussões na validade das conclusões. São, ainda, discutidos os resultados apresentados no capítulo anterior, referenciando a literatura mais relevante nesta área.

No Capítulo VIII (Conclusões), refletimos de forma crítica, sobre o trabalho desenvolvido, apontando as suas consequências teóricas e eventuais aplicações práticas e perspetivando outras questões de investigação, que foram surgindo após a aprendizagem adquirida.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O envelhecimento populacional

Atualmente assiste-se a um aumento contínuo do número de idosos, principalmente nos países do ocidente, estimando-se que 600 milhões de pessoas em todo o mundo têm idade igual ou superior a 65 anos, número este que duplicará em 2025. Segundo Lopes et al. (2012), em 2050, existirão cerca de dois bilhões de pessoas idosas, 80% das quais a viver nos países mais desenvolvidos.

1.1 População Mundial

De acordo com as projeções das Nações Unidas, a população mundial, no período de 2010 a 2060 passará de 6.895.889 para 9.615.189 milhões de pessoas, o que corresponde a um aumento de 0,78% ao ano. Segundo o mesmo estudo, entre 2015 e 2060, prevê-se que as pessoas com 65 anos ou mais aumentarão em 1.047.929 milhões, o que corresponde a um crescimento de 4,22% ao ano (UN, 2011).

A esperança de vida aos 65 anos aumentou, em 4,5 anos, no período temporal que decorreu entre 1950 e 2010 e a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos. Nas regiões mais desenvolvidas este grupo populacional aumentará 124.643 milhões, o que corresponde um crescimento anual de 1,58%.

Prevê-se, ainda, que entre 2015 e 2060, o número de pessoas com 80 anos ou mais aumentará em 365.497 milhões, o que corresponde a um crescimento de 6,59% ao ano (UN, 2011b). No mesmo período temporal, nas regiões mais desenvolvidas, a população com 80 anos ou mais aumentará 72.202 milhões, o que reflete um crescimento anual de 2,72%. A média de idade, no período temporal de 1950 a 2060, aumentará 15,2 anos, o que se traduz num aumento de mais de um ano por década.

De acordo com as projeções, verifica-se que comparando o período de 2015 a 2060 e o período de 1950 a 2010, existe uma diminuição do ritmo de crescimento da população mundial de 2,94% para 0,80% por ano. Todavia, o ritmo de crescimento das pessoas com 65 anos ou mais, no período de 2015 a 2060 será muito superior (4,22% ao ano).

Segundo as Nações Unidas (UN, 2011), desde 1960, nas regiões mais desenvolvidas do mundo, observa-se uma diminuição gradual da população, um declínio das taxas de fertilidade e um aumento gradual do número de pessoas com mais de 65 anos, o que irá ter repercussões significativas ao nível económico, nos sistemas de saúde e de

proteção social, pela consequente diminuição da força de trabalho (Ingham, Chirijevskis, Carmichael, 2009; Lopes et al., 2012).

1.2. População da Europa

Segundo a Comissão Europeia (CE), em 1960, a população da Europa a 27 (EU-27) representava 20% da população mundial, mas em 2005 representava apenas 11,2%. Porém, no mesmo período de tempo, ocorreu um crescimento da população nas regiões africanas, asiáticas e da América Latina. Neste período temporal foram, também, observadas alterações ao nível da percentagem dos vários grupos etários: as pessoas com menos de 15 anos diminuíram 10,8% e as pessoas com 65 anos ou mais aumentaram 7% (EC, 2010).

Entre 1998 e 2008, as pessoas com 80 anos ou mais aumentaram em termos absolutos 35,1%. Ainda, de acordo com os dados da EU-27, em 2008, as pessoas com mais de 65 anos representavam 17% da população total e em 2060 serão 30%; no que diz respeito às pessoas com mais de 80 anos, irão passar dos atuais 4,4% para 12,1%. Estas previsões, levam-nos a concluir que em 2060, na EU-27, existirá maior percentagem de pessoas com 65 anos ou mais (30%) do que pessoas com menos de 15 anos (14%) (EC, 2011a).

No período temporal que decorreu entre 1950 e 2010, o Rácio de Dependência dos Idosos, na EU-27 aumentou 11,4%, muito acima do observado noutras regiões como na América do Norte (4%), Ásia (3%) e África (0%). No mesmo período de tempo, o Rácio de Dependência Total diminuiu 15,1%, prevendo-se que aumente 37,2% entre 2010 e 2060. Este aumento decorre, essencialmente, da elevada percentagem do grupo etário das pessoas com 65 anos ou mais (EC, 2011b).

1.3 População Portuguesa

Segundo a CE (2011) a população portuguesa representa 2,1% da população da EU-27, com um aumento de 307.639 pessoas no período de 2002 a 2011. Em igual período, foram registados 13.063 nascimentos anuais e 3.859 óbitos anuais. Verificou-se, ainda, que o número de pessoas com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar continuamente, em 1960 representavam 7,8% do total da população, e em 2011, 19% o que corresponde a um crescimento de 4,5% ao ano. As estimativas para os próximos 50

anos vão no sentido de manutenção de uma taxa elevada (cerca de 3,5% ao ano). Em 2060, Portugal será dos países mais envelhecidos da EU-27 (EC, 2011b).

O ritmo de crescimento anual dos indivíduos com 80 anos ou mais situou-se em 8,1% entre 1960 e 2010 prevendo-se que até 2060, este crescimento se mantenha em cerca de 4,5% (ano), o que significa que a proporção desta população, em Portugal, irá triplicar. Este aumento levará o nosso país ao terceiro lugar do crescimento das pessoas neste grupo etário (EC, 2011a).

As projeções apontam, ainda, para que em 2060, o Rácio de Dependência de Idosos, em Portugal, seja de 57,2, um aumento bastante significativo em relação a 2010 (27,0) e a 1960 (12,4) (EC, 2011b).

Entre 2001 e 2010, a população portuguesa registou um aumento de 2,98% (Tabela 1). Todavia, o aumento da população com mais de 65 anos foi de 13,05% e o da população com mais de 75 foi de 27,82%, com ligeiro predomínio do sexo feminino (INE, 2011a).

Tabela 1 - Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal, 1950-2060.

Ano	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	8.417	9.786	10.336	10.676	10.623	8.676
Média de idade (anos)	26,1	30,7	37,8	41,0	45,1	52,6
Rácio de dependência	13,0	21,2	26,6	29,1	34,7	70,1
Rácio de dependência total	85,9	85,2	64,4	62,0	65,3	105,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	60,0	72,3	77,3	79,8	80,9	84,7
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	13,4	15,2	17,6	19,1	19,8	22,4
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	23,9	14,6	10,8	8,8	7,6	8,6
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	2,01	1,45	1,31	1,36	1,83

Fonte: INE (2011a)

Portugal, quando comparado com os restantes países da Europa e do Mundo, apresenta rácios de dependência muito elevados e taxas brutas de natalidade e de fecundidade muito baixas.

A região do Alentejo tem uma população total de 509.741 pessoas sendo a maioria mulheres (51,5%). A população com 65 anos ou mais totaliza 129.033 pessoas, o que representa 25,3% (Tabela 2), tendo-se observado que, nas últimas duas décadas, este grupo etário aumentou 9,9% (INE, 2011b).

Tabela 2 – População da região do Alentejo em 2011¹.

	Total	Homens	Mulheres
População total	509.741	247.582	262.159
Pessoas com 65 ou mais	129.033	55.470	73.563

Fonte: INE (2011b)

A região do Alentejo é uma das mais envelhecidas do país, verificando-se uma predominância da população do sexo feminino (57,01%), que vai sendo reforçada à medida que a idade avança (INE, 2011b).

Entre 2001 e 2010, registou-se um decréscimo populacional de -4,95%. Todavia, o total de pessoas com 65 anos ou mais teve um ligeiro acréscimo de 0,1%, principalmente à custa da faixa etária igual ou superior a 75 anos (+20,02%). Estes valores tiveram diferentes expressões em função das várias sub-regiões (Tabela 3) (INE, 2011a).

Tabela 3 - Região do Alentejo: diferença de população entre 2001 e 2010.

		População total	Pessoas 65 anos ou mais	Pessoas 65 a 74 anos	Pessoas 75 anos ou mais
Alentejo Litoral	Total	-3,76	3,70	-14,41	29,66
	Homens	-4,20	-0,81	-17,90	26,08
	Mulheres	-3,31	7,59	-11,18	32,45
Alto Alentejo	Total	-7,97	-9,20	-26,03	10,50
	Homens	-7,68	-12,81	-28,63	7,04
	Mulheres	-8,24	-6,35	-23,87	13,05
Alentejo Central	Total	-1,89	1,19	-17,65	25,84
	Homens	-1,30	-3,48	-22,28	23,44
	Mulheres	-2,46	4,91	-13,70	27,58
Baixo Alentejo	Total	-6,22	-9,74	-24,04	8,39
	Homens	-5,91	-14,08	-27,28	5,02
	Mulheres	-6,52	-6,36	-21,25	10,69

Fonte: INE (2011a)

Verificou-se assim um aumento da população muito idosa (75 anos e mais) em todas as sub-regiões do Alentejo e uma diminuição no grupo etário dos 65 aos 74 anos, o que se traduz num índice de envelhecimento de 179,5 pontos acima do valor nacional.

Torna-se evidente a necessidade de se desenvolverem competências que permitam lidar com este novo desafio da Saúde Pública contemporânea (Ståhlacke, Unell, Söderfeldt, Ekbäck, & Ordell, 2010).

É neste contexto que surge o conceito de envelhecimento ativo que, segundo a OMS (WHO, 2002; 2014), se traduz num processo de otimização das oportunidades para a

¹ Últimos Censos realizados em Portugal.

saúde, participação e segurança, bem como da melhoria da esperança e da qualidade de vida das pessoas, à medida que envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações. Numa perspetiva Política e Económica, o envelhecimento populacional torna imperativo reformar os sistemas de pensões, os sistemas sociais e os sistemas de provisão de cuidados de saúde (Benhcke, 2012).

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015b), o envelhecimento exige uma ação de Saúde Pública abrangente e célere. Há evidências suficientes para agir de forma rápida, e em todos os países, independentemente da sua situação atual ou grau de desenvolvimento. Para promover o Envelhecimento Saudável é necessário identificar os vários fatores que necessitam de intervenção, apesar de todos visarem a maximização da capacidade funcional. Com esse objetivo foram consideradas quatro áreas prioritárias de ação: (i) alinhar os sistemas de saúde à população atual; (ii) desenvolver sistemas de cuidados a longo prazo; (iii) criar ambientes favoráveis para os idosos; (iv) e melhorar a medição, a monitorização e a compreensão do processo de envelhecimento. Embora cada país tenha a sua forma de agir, que em muito depende do contexto nacional, podem ser feitas abordagens globais em cada uma dessas áreas.

2. A Saúde Oral nos Idosos

O envelhecimento da população tem vindo a despertar um interesse crescente para as particularidades da faixa etária dos idosos, alertando para as suas necessidades de saúde, sociais e económicas (Henriques, Telarolli, Loffredo, Montandon, & Campos, 2007).

Relativamente às condições de saúde oral tende a existir uma deterioração com o aumento da idade e das doenças sistémicas associadas (Silva, Sousa, & Wada, 2005) entre as quais as patologias: cardíaca, metabólica (e.g., diabetes), infecciosa e neoplásica (Joaquim, Wyatt, Aleksejuniene, Greggi, Pegoraro, & Kiyak, 2010).

Embora muito se especule sobre os mecanismos que conduzem à diminuição da saúde geral dos idosos, da sua funcionalidade e das estratégias terapêuticas disponíveis, pouca atenção se tem dado aos aspetos relacionados com a prevenção das doenças orais (Vanobbergen & De Visschere, 2010).

A Declaração de Tóquio sobre Cuidados de Saúde Dentários e Saúde Oral para uma Longevidade Saudável reconhece que a manutenção destes cuidados, ao longo dos

anos, é um fator fundamental para melhorar a qualidade de vida, ajudando a proteger, prevenir e diminuir o agravamento das doenças não transmissíveis, contribuindo para uma maior esperança de vida saudável (WHO 2015a).

São manifestações orais frequentes nos idosos: a prevalência do edentulismo (falta de dentes), as lesões que afetam os tecidos duros e moles, as cáries dentárias, a doença periodontal, a alteração dos níveis de pH salivar, a xerostomia e as lesões neoplásicas e pré-neoplásicas da mucosa oral (Peterson, 2005).

Segundo Balderas, Cervantes, Rosales e Cortés (2010) a prática da medicina dentária que considera a extração de dentes a melhor solução para o alívio da dor, em populações de baixo nível socioeconómico, exerce um importante papel na prevalência do edentulismo. E embora existam poucos registos de saúde oral é notório que as perdas dentárias aumentam com a idade.

O número de dentes presentes interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, pois limita as funções nutricionais, de fonação, estéticas e as relações sociais (Mello, Erdmann, & Brondani, 2010). Em 2005/2006 (últimos dados disponíveis do 4º Inquérito Nacional de Saúde), estimava-se que mais de 600 mil pessoas, 6,4% da população, com mais de dois anos de idade, sofria de edentulismo e mais de metade da população com edentulismo total tinha mais de 65 anos, representando 27,8% deste grupo etário (INSA, 2007). Como tal, a avaliação dos fatores associados às perdas dentárias em idosos é de grande relevância em termos de Saúde Pública (Silva, Rihs, & Sousa, 2009).

O número de dentes que constitui uma dentição funcional satisfatória tem sido alvo de interesse por parte de vários estudiosos (e.g., Kayser, 1984; Mendonça, Simões, Araújo, Caldas, & Silva, 2010). É consensual que em indivíduos com idade superior a 45 anos, a presença de oito incisivos, quatro caninos e oito pré-molares formam uma dentição funcional, mas quanto menor for o número de dentes, maior é a probabilidade do estado nutricional se encontrar comprometido (Savoca et al., 2010).

Nos últimos anos, a preocupação em avaliar o impacto da perda dentária e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas aumentou significativamente, o que se reflete no desenvolvimento de vários estudos que demonstram que as repercussões deste fenómeno são importantes e não podem ser ignoradas. A prevalência do edentulismo encontra-se relacionada com impactos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais (Teófilo & Leles, 2007).

Diversos autores (e.g., Costa, Saintrain, & Vieira, 2010; Frare, Limas, Albarello, Pedot, & Régio, 1997) referem que, apesar da ausência total de dentes, muitas pessoas não

utilizam as suas próteses porque lhes provocam desconforto, alterações no discurso, problemas de aceitação física, diminuição da autoestima, dificuldade de socialização, sentimentos de envelhecimento e de humilhação. Alertam, ainda, para o facto de as condições precárias de saúde oral estarem associadas a condições socioeconómicas desfavoráveis, saúde debilitada e hábitos e comportamentos prejudiciais (Silva, Villaça, Magalhães, & Ferreira, 2010).

Face a este quadro e ao reduzido número de programas dirigidos para a população idosa considera-se de enorme relevância, a obtenção de dados epidemiológicos, que permitam quantificar as condições de saúde oral, no sentido de facilitar o planeamento, organização e monitorização dos serviços de saúde prestados (Henriques et al., 2007).

Na sua grande maioria, os estudos existentes nesta área, baseiam-se em índices que fornecem dados quantitativos, que consideram apenas a visão do profissional de saúde. Todavia, a tendência atual é para que sejam também obtidos dados qualitativos, provenientes da autoperceção do indivíduo acerca das condições de saúde oral e das necessidades de tratamento (Silva et al., 2005).

2.1. Indicadores de Avaliação da Saúde Oral

Ao avaliar a condição de saúde oral dos idosos é importante equacionar alguns dos seus principais indicadores, pois só assim é possível compreender melhor o grupo populacional em questão. Para o efeito foram considerados os indicadores resultantes da avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e do Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2014).

Um dos indicadores clínicos-chave para determinar o estado de saúde oral de uma população é a percentagem de indivíduos com dentição total. Dados do Eurobarómetro (Eurostat, 2010) indicam que apenas 41% dos europeus possuem dentição natural total, mas existem diferenças bastante acentuadas entre os Estados-Membros. Os entrevistados com dentição natural total vivem principalmente nos países escandinavos (Suécia, Dinamarca e Finlândia), na Irlanda e nos países do extremo sudeste da União Europeia (Chipre, Malta e Grécia). Os habitantes dos países da Europa Oriental (Hungria, Estónia, Polónia, Eslováquia e Letónia) parecem ser os mais desfavorecidos a este respeito, pois apenas 19% a 29% referem possuir todos os seus dentes naturais. A percentagem de portugueses com dentição total é apenas de 32%, menos nove pontos percentuais que a média europeia. Ao comparar estes dados com os do Barómetro de Saúde Oral 2015, verifica-se que a percentagem de portugueses com

dentição completa, excluindo os dentes do siso, diminuiu 4%, desde 2009, e 2% em relação a 2014, situando-se atualmente em apenas 28% (Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2016).

Para complementar este indicador é relevante analisar a percentagem de população edentula com 65 anos ou mais e, a este nível, Portugal continua a apresentar um dos piores indicadores de saúde oral da Europa (Kravitz, Bullock, Cowpe, & Barnes, 2015; Lourenço & Barros, 2016).

Se por um lado, é reconhecido que as doenças da cavidade oral possuem fatores de risco comuns à maioria das doenças crónicas (*e.g.*, doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças crónicas respiratórias, diabetes), incluindo a má nutrição, o tabagismo e o alcoolismo (Petersen, 2008; WHO, 2015a), por outro lado, existe a necessidade de desenvolver estratégias que promovam uma higiene oral adequada e o acesso a cuidados de saúde oral (Watt, 2012). Em Portugal, a falta de proteção financeira no acesso aos cuidados de saúde oral parece contribuir decisivamente para os resultados observados. Neste âmbito, é importante (re)avaliar as reduzidas políticas que permitem o acesso aos cuidados de saúde oral a alguns segmentos da população.

A literatura sugere que a avaliação da condição de saúde oral deve ser realizada de forma multidimensional, nomeadamente, através de: indicadores clínicos, indicadores sócio dentários e da autoperceção da saúde oral, pois verifica-se que nos países com programas de saúde oral para idosos, a principal razão pela qual estes serviços não são procurados é a falta de perceção da sua necessidade por parte da população alvo (Atchison & Dolan, 1990; Matos & Lima-Costa, 2003; Silva et al., 2011; Silva & Fernandes, 2001).

Vários indicadores sócio dentários permitem medir a forma como as alterações da saúde oral comprometem a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Estes indicadores, incluem medidas subjetivas como a dor ou desconforto, os problemas estéticos, as restrições na alimentação, a comunicação, as relações afetivas, as atividades diárias e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Locker & Allen, 2007).

Dos instrumentos desenvolvidos para avaliação desses indicadores, destacam-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), o *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQOL) e o GOHAI (Bravo, San Martín, Casals, Eaton, & Widström, 2015), sendo este último desenvolvido especificamente para a população idosa, motivo pelo qual foi o selecionado para a operacionalização deste estudo (Díaz-Cárdenas, Arrieta Vergara, & Ramos Martínez, 2012).

A revisão da literatura indica que a avaliação da autopercepção da saúde oral através do GOHAI é utilizada a nível mundial. Face a esta situação, considerou-se fundamental traduzir e validar este instrumento para a língua portuguesa. Esta validação foi realizada antes do início deste projeto de investigação e a partir da qual foi elaborado e publicado um artigo na Revista Portuguesa de Saúde Pública² (Carvalho, Manso, Escoval, Salvado, & Nunes, 2013) e feito o seu registo no Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS).

Devido à pertinência desta temática na qualidade de vida dos idosos, posteriormente, foi realizado um estudo sobre a autopercepção da saúde oral em idosos de uma população urbana em Lisboa. Esta investigação foi publicada na Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo³ (Carvalho, Manso, Escoval, Salvado, & Nunes, 2016).

3. Organização dos Serviços de Saúde Oral

A melhoria das condições da saúde oral é considerada, em muitos países, uma das conquistas mais importantes da sociedade, pelo que ao longo dos últimos anos se têm vindo a registar grandes avanços na prevenção, tratamento e diagnóstico das doenças orais. No entanto, devido à sua elevada prevalência, as doenças da cavidade oral continuam a ser um dos principais problemas de saúde da população com fortes assimetrias socioeconómicas que refletem as disparidades e o desenvolvimento económico entre regiões e países (Patel, 2012).

A OMS, estabelece para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais desta área, bem como dos serviços públicos e privados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005).

A Declaração de Liverpool sobre Promoção da Saúde Oral foi assinada em setembro de 2005 pela OMS, pela Associação Internacional para a Pesquisa Dentária (IADR), pela Associação Europeia de Saúde Pública Dentária (EADPH) e pela Associação Britânica de Estudos em Medicina Dentária e Comunitária (BASCD). Nesta Declaração

² Anexo 1 – Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2013; 31(2): 153-9. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.10.002

³ Anexo 2 – Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50:53. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006311

foram definidas metas que elegem a escola como uma das plataformas responsáveis por promover a saúde, a qualidade de vida e a prevenção da doença em crianças e adolescentes, prevendo também, o envolvimento das famílias e da comunidade. Defende ainda, que os Estados devem ser organizados de forma a assegurar os cuidados primários de saúde oral, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, segundo uma medicina baseada na evidência (DGS, 2006; WHO, 2005).

É notório, que as diferenças nos sistemas de saúde, a nível mundial, são cada vez mais significativas, o que também se reflete nos Sistemas de Assistência Médico-Dentária (SAMD), verificando-se que até os países que seguem os mesmos modelos de Sistemas de Saúde, por vezes, adotam diferentes modelos de Assistência Médico-Dentária (Lourenço & Barros, 2016).

3.1. Os Sistemas de Saúde

Os Sistemas de Saúde podem ser entendidos como o conjunto de todas as atividades que têm como principal objetivo promover, recuperar ou manter a saúde. Neste âmbito, são constituídos pelos recursos, atores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de ações de saúde. Importa referir que os atuais Sistemas de Saúde europeus têm por base dos dois grandes modelos: o de Bismarck e o de Beveridge (Murray & Frenk, 2000).

Segundo Simões (2004) os Sistemas de Saúde surgiram no final do século XIX, com a revolução industrial, e encontram-se associados a vários fatores:

1. O elevado número de vítimas de acidentes de trabalho e de doenças transmissíveis preocupou os governos e os empregadores, que sentiram necessidade de fornecer cuidados de saúde aos trabalhadores com o objetivo de diminuir a perda de produtividade associada à doença;
2. Necessidade de impedir o impacto das doenças provenientes das guerras;
3. Os interesses políticos na Europa que levaram alguns governos a retirarem os seguros de doença aos sindicatos, pois ficando eles com a sua gestão conseguiam obter o apoio dos associados.

É neste contexto, que nos finais do século XIX, surge na Alemanha, o Modelo de Bismarck, que foi considerado o primeiro sistema de segurança social imposto pelo Estado. Este modelo obrigava os empregadores e trabalhadores a contribuir para um esquema de “Seguro-Doença” que cobria os riscos de doença temporária, invalidez

permanente, velhice e morte prematura. A popularidade desta lei, fez com que a mesma fosse adotada pela Bélgica em 1894, pela Noruega em 1909, e posteriormente pela França e a Holanda.

Após a II Guerra Mundial, surge no Reino Unido, o denominado Modelo Beveridge, segundo o qual as contribuições para a proteção na doença deveriam vir do Orçamento Geral do Estado. Este modelo além de abranger toda a população, motivo pelo qual é considerado universal, difere do Modelo de Bismarck, uma vez que pretende cobrir os riscos de saúde dos cidadãos desde o seu nascimento até à sua morte. Entre os países que adotaram modelos com características semelhantes encontram-se: a Itália em 1978, Portugal em 1979, a Grécia em 1983 e a Espanha em 1986 (Sakellarides, 2009a; 2009b).

Ambos os modelos defendem que o acesso aos cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagamento individual, pois se a contribuição depende do rendimento, a utilização depende apenas da necessidade (Simões, 2004).

3.2. Os Sistemas de Assistência Médico-Dentária

Hoje em dia, à semelhança dos Sistemas de Saúde, os SAMD ainda se inspiram, de alguma forma, no Modelo de Bismarck ou no Modelo de Beveridge. Deste modo, estabelecem que tanto os empregadores como os empregados têm que descontar para os seguros de doença, seja através de uma combinação de prestadores públicos e privados (Modelo de Bismarck) ou de um sistema assente essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos (Modelo de Beveridge) (Simões, 2009).

O SAMD está integrado num conjunto de recursos humanos e financeiros de uma organização estruturada e regulada no sistema da política sanitária de um país. O seu principal objetivo é responder às necessidades de tratamento da saúde oral da população, no sentido de promover a saúde e prevenir as doenças orais da comunidade a que a população pertence (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2005). Neste contexto, deve ser capaz de melhorar a qualidade de vida da população, seja através da investigação, da educação, da provisão de serviços e/ou da promoção de ações preventivas. Assim, cabe aos sistemas administrativos de cada país assegurar que as suas populações têm acesso à assistência dentária considerada essencial, tendo em conta os fatores socioeconómicos, políticos e demográficos, segundo a amplitude e a natureza das necessidades em medicina dentária de cada região (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

Os SAMD podem classificar-se em três grandes grupos, designadamente: os sistemas privados, o sistema de seguro social e os sistemas financiados pelos impostos. Estes grupos são organizados em função do financiamento, da cobertura, da seleção da população, do tipo de participação financeira do doente e da forma de remuneração dos profissionais, pelo que atualmente, nos países da União Europeia (UE) é mais correto falar de sistemas de seguro privado (sistemas privados), sistemas de financiamento pelos impostos (seguro social ou impostos gerais), cobertura essencialmente privada e sistemas de financiamento e cobertura pública (sistemas públicos) (Bourgeois & Llodra, 2011).

Desta forma, a classificação dos SAMD deve ter em conta o financiamento e a cobertura (públicos ou privados), e identificar a existência de grupos prioritários. Entre os fatores de interesse, geralmente analisados, encontram-se: o local de trabalho dos profissionais (clínicas privadas ou públicas), a forma de remuneração (ato médico e preço livre, ato médico e preço acordado, capitação, salário), o pagamento direto por parte do paciente ou através de terceiros, a participação do doente no custo do tratamento, a livre escolha do médico dentista e a utilização ou não de higienistas orais (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

Como anteriormente referido, o SAMD, nos países da OCDE, caracteriza-se por três sistemas de cobertura:

1. No **sistema de seguro privado** o prémio é fixado de acordo com o risco dos indivíduos segurados. Este sistema funciona unicamente nos Estados Unidos da América (EUA) e na Suíça e cobre apenas os riscos de saúde mais importantes para a população. Na maior parte dos países da OCDE, os seguros privados funcionam como complemento do sistema público.

As características deste sistema incluem: (i) os custos que podem ser assumidos na sua totalidade, diretamente pelo doente ou através do seguro; (ii) a cobertura que é determinada pela procura individual de tratamento e a disponibilidade económica do doente; (iii) os profissionais que normalmente trabalham em consultórios e clínicas privadas; (iv) a remuneração dos profissionais que, predominantemente, ocorre por ato médico; (v) e a escolha do profissional que é feita livremente pelo doente.

2. O **sistema de seguro social** funciona segundo o esquema de “Seguro-Doença” e na sua maioria é gerido por entidades sociais, mas submetido à supervisão de organismos públicos, sendo os prémios fixados em função dos rendimentos. Em alguns casos (baixos rendimentos) a inscrição é obrigatória e, em vários países, o sistema cobre toda a população. Normalmente, a organização deste sistema engloba

uma profissão, um setor de atividade, uma confissão religiosa ou uma base geográfica.

As características deste sistema são as seguintes: (i) o custo dos tratamentos dentários, na sua maioria, está coberto por fundos coletivos, pelo que são cobrados através de contribuições ou pelos impostos gerais; (ii) a cobertura em alguns países inclui toda a população, enquanto noutros apenas beneficia a população abrangida por este sistema de saúde; (iii) os profissionais, geralmente, realizam a atividade em clínicas privadas; (iv) a remuneração é feita por ato médico ou por capitação; (v) e a escolha do profissional é feita entre um vasto grupo de profissionais convencionados e dentro do qual o doente pode eleger livremente o que prefere.

3. O **sistema financiado pelos impostos** pode ser organizado através de dois modelos: (i) o financiamento e a prestação que está a cargo de um só organismo público que recebe do Orçamento Geral do Estado as verbas de que necessita; (ii) e a prestação de cuidados que é realizada por serviços do Estado ou privados contratados pelo Estado (Grosse-Tebbe & Figueras, 2005).

Este sistema caracteriza-se pelo seguinte: (a) os custos são cobertos pelo Estado; (b) a cobertura é gratuita e inclui apenas alguns grupos da população; (c) os profissionais prestam os seus serviços em centros de saúde ou hospitais cuja localização depende do planeamento dos serviços pelo Estado; (d) e a remuneração é feita por salário (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

Nos países da OCDE, a prestação de cuidados também engloba três tipos de sistemas que se relacionam com o financiamento:

1. No **sistema de reembolso** o prestador é pago pela entidade onde os consumidores adquiriram os serviços e o pagamento pode ser feito na totalidade pelo doente que, posteriormente, é reembolsado pela seguradora, ou pela entidade responsável;
2. Os **sistemas de contrato ou convenção** requerem um acordo prévio entre os terceiros pagadores e os prestadores de cuidados, que fixam as condições de pagamento, pelo que os consumidores só poderão escolher os serviços com os quais o financiador tiver acordo;
3. No **sistema integrado** o financiamento e a prestação de cuidados são da responsabilidade do mesmo organismo (Simões, 2004).

3.2.1. Modelos de Assistência Médico-Dentária na União Europeia

Os SAMD na Europa apresentam grande variabilidade, consoante o país a que pertencem, e nem sempre seguem o mesmo modelo de Sistema de Saúde. Assim, existem múltiplas combinações de pagamento: diretamente pelo doente, seguros privados voluntários ou obrigatórios e sistemas nacionais de segurança social. Existem, ainda, diferenças em relação à amplitude da intervenção do Governo no planeamento e coordenação dos serviços assistenciais e na obtenção de dados relativos à utilização de serviços e ao custo da assistência médico-dentária (Bravo, Montero, Bravo, Bacca & Lloodra, 2005).

Considerando as variáveis anteriormente mencionadas, atualmente, os SAMD na UE podem ser classificados em seis modelos diferentes:

1. O **Modelo Nórdico** é aplicado na Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia. No campo da saúde, os países nórdicos estão estruturados sobre princípios comuns, designadamente: a cobertura e o acesso universal aos cuidados de saúde; a oferta de cuidados depende, essencialmente, do financiamento público; e têm uma estrutura descentralizada que os distingue radicalmente dos outros sistemas europeus.

O financiamento público cobre entre 75% e 82% das despesas, conforme os países, sendo a média da UE de 74%. No entanto, as despesas de saúde nestes países permanecem inferiores à média europeia, sendo as suas taxas de crescimento relativamente moderadas. Neste modelo, o Governo tem grande envolvimento na organização, administração e financiamento da saúde oral da população, o acesso é gratuito para a população infantil e existem facilidades para a população adulta.

Os dados são recolhidos, periodicamente, pelo Governo para fins de análise e efetividade de custos. Os profissionais, normalmente assalariados, constituem uma equipa clínica multidisciplinar composta por médicos dentistas, assistentes dentárias, higienistas orais e técnicos de prótese dentária (Holst, 2007; Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

2. O **Modelo Bismarckiano** é utilizado na Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Luxemburgo. Trata-se de um modelo de seguros sociais obrigatórios que são impostos pelo Estado, com uma pequena ou nula implicação governamental no sistema.

O acesso aos tratamentos dentários é feito a nível privado, com pagamento por ato médico (geralmente pré-definido) que posteriormente, é reembolsado por companhias de seguros públicas e/ou privadas. Neste modelo o serviço público dentário é quase inexistente. Os dados de saúde oral (geralmente relacionados com os custos) são normalmente recolhidos pelos fundos sociais ou pelas próprias companhias de seguros.

A equipa clínica não é multidisciplinar, pelo que não contempla higienistas (exceto na Alemanha), nem técnicos de prótese dentária (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2005; Vanobbergen, 2007).

3. O **Modelo Britânico ou de Beveridge** é usado no Reino Unido, principalmente no National Health Service (NHS) de Inglaterra. Os cuidados de saúde preventivos e curativos e os medicamentos essenciais são gratuitos, e os serviços de saúde são organizados pelo Estado, que assegura cerca de 80% do seu financiamento. A política de saúde é centralizada, o planeamento de saúde é integrado e a assistência médico-dentária apresenta um elevado envolvimento governamental. Os serviços dentários são maioritariamente proporcionados por dentistas privados contratados pelo Estado, que também é responsável pelo seu financiamento.

Os dados são recolhidos periodicamente pelo Governo, através de uma equipa multidisciplinar que se encontra sob a supervisão clínica de um médico dentista. Os serviços locais de medicina dentária são da responsabilidade do NHS que além de assegurar um melhor acesso e facilidades de pagamento, também estabelece contratos com os profissionais, no sentido de promover o tratamento de indivíduos mais desfavorecidos. O NHS pode, ainda, influenciar a construção de novas clínicas e é responsável pelo serviço de urgência na área de cada habitante (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

4. O **Modelo do Sul da Europa** é praticado no Chipre, Grécia, Itália, Portugal, Espanha e Malta. É um misto de coexistência de medicina liberal e seguros de doença obrigatórios (Europa Ocidental) que abrange quase toda a população. A promoção da saúde e a prevenção das doenças são organizadas e custeadas pelo Estado. O SAMD é essencialmente privado e a intervenção por parte o Governo é pouco significativa, pelo que não existe um registo nacional de dados com financiamento público (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2005).
5. O **Modelo Híbrido** é aplicado na Irlanda e na Holanda. Trata-se de um modelo misto entre o Bismarckiano (para a população adulta) e o Beveridgiano (para a população infantil) em que os dados são, periodicamente, divulgados pelo Governo.

Existe uma vasta equipa de profissionais auxiliares de saúde e higienistas que exercem a sua atividade sob a supervisão clínica de médicos dentistas. O número de profissionais intermédios é igual ao número de médicos dentistas (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2013).

6. O **Modelo do Leste da Europa** é utilizado na República Checa, Eslováquia, Eslovénia, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia e Polónia. É um modelo que pertencia a um sistema público, mas desde as mudanças políticas iniciadas em 1989, com a queda do Muro de Berlim e do comunismo, tornou-se um sistema privado e Bismarckiano (Llodra Calvo & Bravo Pérez, 2005).

Em países como Portugal e Espanha, os serviços de saúde oral, na sua maioria, são prestados por médicos privados que não se encontram associados, nem têm acordo com quaisquer mecanismos de proteção financeira para a população. Deste modo, em caso de doença, costumam ser os pacientes a pagar o custo total dos tratamentos, o que muitas vezes, cria problemas de acesso aos cuidados de saúde oral.

No entanto, existem países como a Dinamarca, em que os cuidados de saúde oral são gratuitos até aos 18 anos e os adultos pagam os tratamentos realizados pelos dentistas privados através de um sistema de subsídios do Governo; em França e na Alemanha, a prevenção e o tratamento são cobertos pelo pacote básico de seguro público de saúde e apenas uma parte do custo é suportado pelos doentes (Patel, 2012).

Estas particularidades influenciam diretamente a utilização dos serviços, o que pode ser comprovado pelos dados do Eurobarómetro (Eurostat, 2010) que revelam que os europeus que mais vezes visitaram um médico dentista, nos últimos doze meses, são tendencialmente dos países do norte da Europa, designadamente: Países Baixos (83%), Dinamarca (78%), Alemanha e Luxemburgo (77%), Eslováquia (73%) e Suécia (71%).

Os dados revelam ainda, que no último ano, os habitantes dos países da Europa Oriental foram os que menos visitaram um dentista: Lituânia (46%), Polónia (44%) e Roménia (34%). Resultados semelhantes foram encontrados em Espanha (43%) e em Portugal (46%). A percentagem da população que afirma ter visitado um dentista, nos últimos doze meses, na Áustria (56%), Irlanda (54%), Chipre (54%), Itália (52%) e França (52%), encontra-se abaixo da média da UE (27), cujo valor é de 57% (TNS Opinion & Social, 2010).

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD, 2016), em Portugal, a pouca regularidade de visitas ao médico dentista reside, principalmente, no facto de os portugueses pensarem que não têm necessidade (38,1%) ou devido à falta de recursos

financeiros (37,3%).

3.3. Prestação de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

Em Portugal, a procura de cuidados de saúde oral é fortemente condicionada pela baixa cobertura do SNS e, conseqüentemente, pelos custos relativamente elevados dos tratamentos. O 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006, revela que 92,1% das consultas de medicina dentária/estomatologia foram realizadas no setor privado (INSA, 2007). Em 2014, estavam inscritos 8.414 profissionais de medicina dentária, na OMD, sendo 42% homens e 58% mulheres, observando-se uma crescente feminização da profissão. De acordo com o último estudo realizado pela OMD (2016), em 2003, a taxa de profissionais do sexo feminino era de 102%, e em 2014, atingiu os 138%.

Em média, existiam 0,8 médicos dentistas por mil habitantes. Porém, verifica-se que, por região de principal endereço profissional, nas regiões do Cávado, Terras de Trás os Montes, Área Metropolitana do Porto, Região de Coimbra, Viseu Dão-Lafões e Área Metropolitana de Lisboa o número de habitantes por cada médico dentista é menor que a média nacional (Gráfico 1) (Observatório da Saúde Oral, 2016).

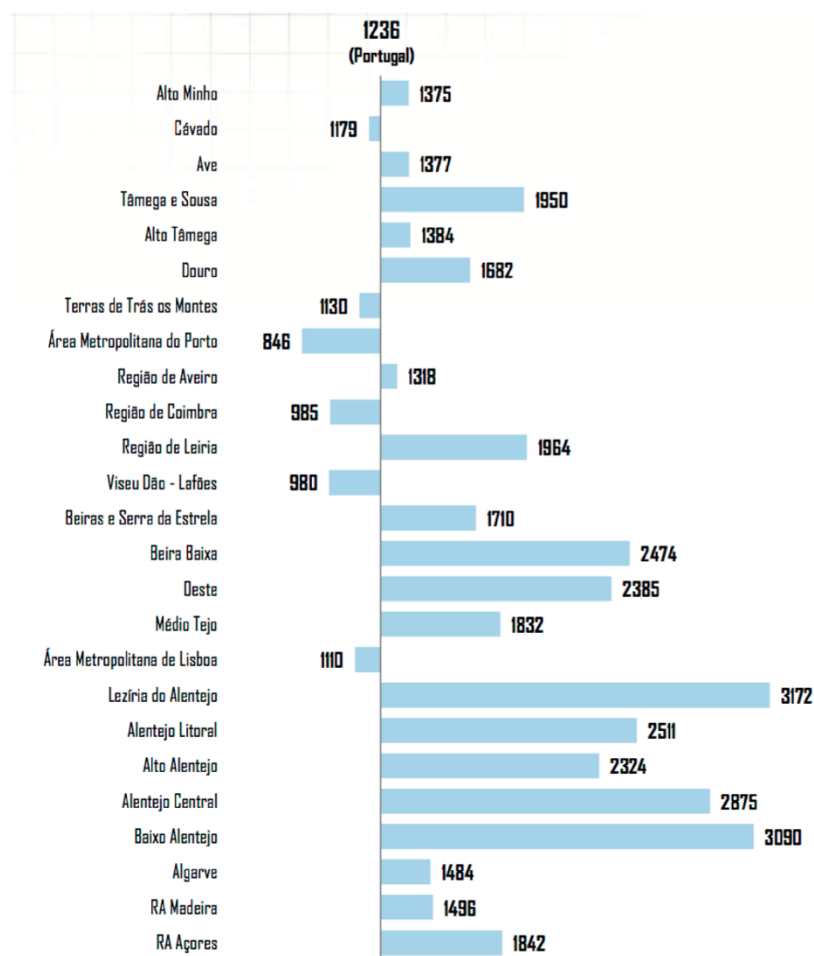


Gráfico 1 – Número de profissionais de medicina dentária inscritos na OMD, por 1.000 habitantes e NUTS III, em 2014.

Fonte: Observatório da Saúde Oral (2016).

Portugal possui recursos humanos em número superior à maioria dos países europeus (Gráfico 2) estando registados na Ordem mais e 10.500 médicos e destes cerca de 9.000 estão ativos, o que revela um crescimento de 36,8% no número de profissionais, entre 2010 e 2016 (Observatório da Saúde Oral, 2016).

Em Portugal, em 2012, existia um médico dentista para cerca de 1.348 habitantes e um “dentista” para cerca de 1.153 habitantes⁴.

⁴ Denomina-se por dentistas a soma de médicos dentistas, médicos estomatologistas e odontologistas.

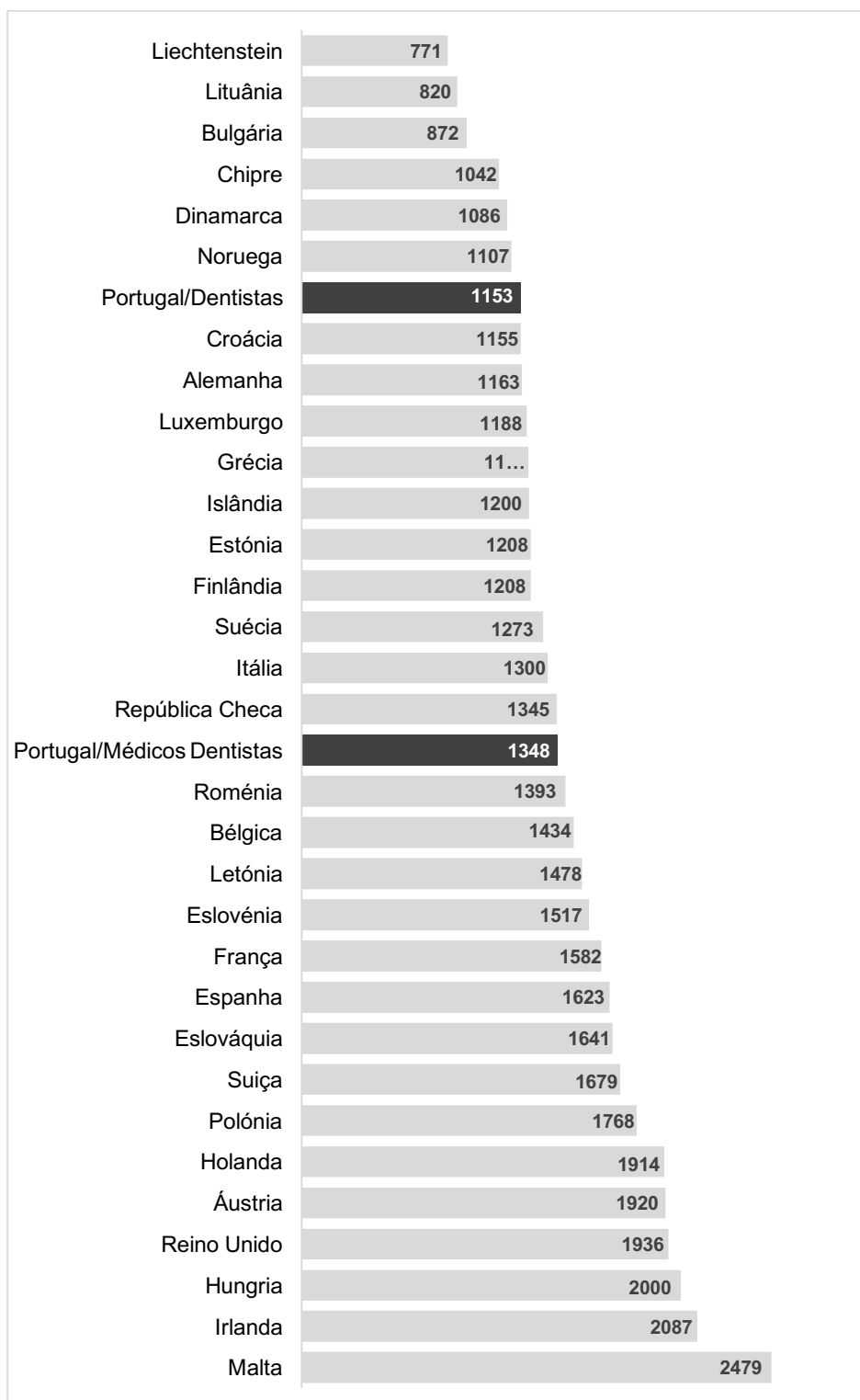


Gráfico 2 – Ratio populacional por médico dentista em países da União Europeia, 2012/2013.

Fonte: Observatório da Saúde Oral (2016).

Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 (INSA, 2007), 86% dos residentes com idade igual ou superior a dois anos, tinha consultado um profissional

de saúde oral (e.g., estomatologista, médico dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde oral). Enquanto a percentagem de indivíduos que consultaram um técnico de saúde oral nos 12 meses anteriores à recolha de dados foi apenas de 46,7% no Continente, 41,9% na Região Autónoma dos Açores (RAA) e 34,4% na Região Autónoma da Madeira (RMA).

Constatou-se que à exceção do grupo etário constituído por crianças até aos 15 anos, não se registaram diferenças significativas no comportamento evidenciado pelos vários grupos em relação a ter consultado, pelo menos uma vez, um técnico de saúde oral no ano anterior. Os indivíduos pertencentes ao grupo etário até aos 15 anos são os que registam maior procura de médicos dentistas, nos últimos 12 meses, em oposição ao grupo constituído por pessoas com mais de 65 anos (idosos) que foi o que menos recorreu aos serviços de saúde oral, no mesmo período de tempo.

Considerando que os dados foram recolhidos em 2005 e que há data já existia acesso gratuito aos cuidados de saúde oral para crianças, nos dados apresentados encontram-se diluídas as crianças que tiveram consultas gratuitas o que pode justificar, parcialmente, as diferenças encontradas no grupo etário até aos 15 anos.

Da população que nunca consultou um profissional de saúde oral, 75,8% refere que nunca o fez por não ter tido necessidade, enquanto 12,2% indicou como razão o custo elevado destes serviços (INSA, 2014).

3.3.1. Evolução do Sistema de Saúde Oral em Portugal

No início da década de 80, o SNS confrontou-se com a escassez e limitação dos recursos públicos em várias áreas, entre as quais a da saúde oral. Face a esta situação, os cuidados de saúde oral eram maioritariamente prestados pelo setor privado e em grande parte pagos diretamente pela população (ERS, 2014).

Apesar desta lacuna, a promoção da saúde oral começou a ser reconhecida e considerada relevante e desde 1985, que a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem em curso um Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral que faz parte do SNS. Este programa começou com a promoção da saúde oral em meio escolar e, posteriormente, foram introduzidas medidas preventivas e curativas, com a entrada de higienistas orais e o alargamento da contratualização com os serviços privados de medicina dentária.

Em 1986, foi desenvolvido pela primeira vez em Portugal, um Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, que abrangia a saúde infantil e juvenil (Lourenço & Barros, 2016).

Neste âmbito, foi efetuado um rastreio para avaliar a prevalência de cáries nas unidades escolares. Este estudo, realizado no ano letivo 1986/1987, revelou que a população escolar com idades compreendidas entre os quatro e os dez anos, era alvo de elevada incidência de cáries. Face a esta situação, em maio de 1988, foi criado um Programa de Educação em Saúde Oral, destinado a crianças dos quatro aos dez anos (DGS, 2006).

Um ano depois, este programa passou a abranger também adolescentes, grávidas e grupos profissionais surgindo assim o Programa de Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil que assentava essencialmente em atividades preventivas.

O Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes foi evoluindo e devido à necessidade de o ampliar, a 20 de maio de 1999, foi elaborada a Circular Normativa nº 6/DSE que propõe um programa nacional da responsabilidade do Ministério da Saúde, cuja normalização, dinamização e avaliação competem à DGS (DGS, 2008).

Ao longo do desenvolvimento da rede de cuidados de saúde primários, também foram sendo realizados investimentos pontuais em equipamento de medicina dentária nos Centros de Saúde (DGS, 2012). Todavia, o número insuficiente de recursos humanos não permitiu dar resposta, ao nível da prestação de cuidados de saúde oral, por parte do SNS. Atualmente, é possível observar uma utilização residual destes equipamentos e/ou uma deterioração dos mesmos sem que tenham qualquer utilização.

Em 2014, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a nível nacional, foram questionados pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) sobre a adequação do número de equipamentos dos estabelecimentos integrados nesse agrupamento às necessidades da população, verificando-se que oito (15%) ACES consideram que o número de equipamentos é adequado, 26 (47%) consideram que não e 21 (38%) não possuíam equipamento (Lourenço & Barros, 2016).

Em maio de 2008, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) passou a adequar a sua estratégia às novas orientações de utilização dos fluoretos e a atribuir cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal, a idosos beneficiários do complemento solidário e também a outros utentes do SNS. Os utentes beneficiários dos cheques-dentista passaram a poder recorrer a médicos dentistas do setor privado que possuíssem acordo com o SNS (ISS, 2014).

A partir de março de 2009, o programa foi alargado e passaram a ser atribuídos cheque-dentista a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos; e em 2010, os portadores de infeção VIH/SIDA também, começaram a ser abrangidos pelo programa.

Considerando a elevada taxa de incidência de cancro oral, a que se associam baixos níveis de sobrevivência, em consequência de diagnósticos tardios, em março de 2014, os serviços prestados foram alargados e passaram a incluir a intervenção precoce no cancro oral (Furness et al., 2010).

Mais recentemente, o Despacho nº 12.889/2015, de 9 de novembro, alargou a partir de 1 de março de 2016, o PNPSO aos jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do programa e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos; aos utentes infetados com VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo programa e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses; e às crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente: portadores de doença mental, paralisia cerebral e trissomia 21, e que ainda não tenham sido abrangidos pelo PNPSO (Lourenço & Barros, 2016).

3.3.2. Modelos de Assistência Médico-Dentária em Portugal

Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde e pela da gestão do SNS. Neste âmbito, existem cinco administrações regionais de saúde que são responsáveis pela execução dos objetivos das políticas de saúde nacionais, pelo desenvolvimento de diretrizes e protocolos e por supervisionar o atendimento na saúde. Os esforços de descentralização focaram os seus objetivos na mudança da responsabilidade financeira e de gestão para o nível regional, mas a autonomia das administrações regionais de saúde encontra-se limitada aos cuidados de saúde primários. Apenas, nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, existe uma autonomia efetiva nas estratégias regionais de saúde e na administração do orçamento e dos custos (DGS, 2008).

Atualmente, o sistema de assistência médico-dentária em Portugal caracteriza-se por três sistemas de cobertura: o sistema liberal ou seguro privado, o sistema de seguro social e o sistema financiado pelos impostos.

3.3.2.1. O sistema liberal ou seguro privado

Mais de 90% dos médicos dentistas trabalham em consultórios e/ou clínicas privadas, sendo estes que definem o valor dos tratamentos e o pagamento é feito diretamente pelos pacientes. Na prática privada existem ainda os seguros voluntários de saúde que

complementam as escassas respostas públicas. Em Portugal, o indivíduo pode livremente decidir subscrever, ou não, um seguro privado de saúde. No entanto, a seguradora tem o direito de lhe recusar o acesso, consoante a sua idade, o estado de saúde e outras características com base nas quais é definido o seu nível de risco (APS, 2009).

O mercado de seguros de saúde privados inclui todos os contratos cujos prémios são calculados em função do risco e para os quais a adesão é voluntária. Este segmento funciona num regime de mercado livre e está sujeito à legislação geral do setor segurador. O pagamento dos tratamentos pode ser feito através de um sistema de reembolso ou de um sistema de pagamento direto aos prestadores de serviços que têm um acordo com a seguradora, isto é, prestadores pertencentes a uma rede convencionada (e.g., Médis, Multicare, AdvanceCare) (APS, 2011).

A monitorização da qualidade dos cuidados prestados no setor privado está a cargo das diretrizes, código de ética e regulamentação da ERS e da OMD, pelo que a criação de consultórios dentários exige sempre um licenciamento. A lei regula o funcionamento de clínicas dentárias como unidades de saúde que, independentemente, do seu nome e da sua estrutura legal, realizam atividades relacionadas com a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças dos dentes, boca, maxilares e dos tecidos adjacentes (Kravitz & Bullock, 2014).

3.3.2.2. O sistema de seguro social

Este sistema funciona segundo o esquema de “Seguro-Doença” e apesar de na sua maioria ser gerido por entidades sociais, é submetido à supervisão de organismos públicos, que fixam os prémios em função dos rendimentos. O custo dos tratamentos dentários é, maioritariamente, coberto por fundos coletivos que são cobrados através de contribuições ou pelos impostos gerais. Em regra, estes seguros organizam-se em torno de uma profissão ou de um setor de atividade, independentemente dos respetivos beneficiários se encontrarem ativos profissionalmente ou aposentados, sem prejuízo da sua extensão ao agregado familiar e cuja adesão, em alguns casos ou para alguns beneficiários, é de carácter obrigatório (Lourenço & Barros, 2016).

Estas entidades são financiadas pelos descontos dos seus beneficiários titulares, através de eventuais quotizações [e.g., Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Centro, Norte, Sul e Ilhas (SAMS), a Portugal Telecom (PT)]

ou outras contribuições efetuadas pelos respetivos beneficiários, entidades patronais, instituições ou organismos públicos onde os indivíduos exercem as suas funções.

Os subsistemas de saúde são financiados por intermédio de um mecanismo de contribuição individual compulsória que se baseia no rendimento dos seus beneficiários titulares. Deste modo, têm acesso não apenas à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, tal como todos os outros utentes/beneficiários do SNS, mas também a uma rede de prestadores de cuidados de saúde próprios ou com os quais os subsistemas possuam acordo ou convenção. Neste âmbito, podem favorecer o acesso a todos os prestadores, com os quais não exista acordo ou convenção, mediante um mecanismo de reembolso total ou parcial de despesas.

O subsistema mais representativo é o da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) cujos principais objetivos são: assegurar a proteção nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação dos seus beneficiários; e garantir um acesso a uma rede de prestadores de cuidados de saúde, mediante a celebração de convenções com prestadores privados que permitam *“obter e oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento [daqueles] fins”* (Decreto-Lei nº 118/83, de 25 de fevereiro, artigo 37º).

Tal como o SNS, os subsistemas de saúde apresentam uma dupla dimensão ou perspetiva: (i) responsabilidade de pagar os cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS; (ii) assegurar que os beneficiários tenham acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, seja enquanto prestadores de cuidados de saúde [Assistência na Doença aos Militares (ADM)], seja mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores de cuidados de saúde.

3.3.2.3. O sistema financiado pelos impostos

Em Portugal este sistema é organizado por dois modelos. O primeiro, refere-se à prática clínica existente nos Hospitais e que é apenas realizada por médicos estomatologistas; e nas Unidade de Saúde Familiar (USF) e nas Forças Armadas por Estomatologistas e médicos dentistas. Em ambos os casos, o financiamento e a prestação de serviços está a cargo de um único organismo público, que recebe do Orçamento Geral do Estado, as verbas de que necessita. O segundo modelo diz respeito ao PNPSO, cuja prestação de

cuidados é realizada por serviços do Estado ou privados que são contratados pelo Estado (Grosse-Tebbe & Figueras, 2005; Kravitz & Bullock, 2014).

3.3.3. Prática Clínica nos Serviços Públicos de Saúde

Em Portugal, a assistência médico-dentária é fortemente condicionada pela baixa cobertura do SNS. Um estudo realizado pela DGS, em 2014, revelou que no ano 2011, existiam 25 médicos dentistas/estomatologistas e 118 higienistas orais a desempenhar funções nos Cuidados de Saúde Primários dos ACES e foram realizadas 59.966 consultas de medicina dentária/estomatologia. Cerca de 27 Unidades Hospitalares têm serviço de Estomatologia, verificando-se que em 2013 foram realizadas 224.104 consultas, menos 18.820 que em 2011, ano em que foram efetuadas 242.921 consultas (Tabelas 4 e 5) (DGS, 2014). Constatou-se ainda que em 2012, existiam 16 médicos dentistas/estomatologistas em funções nas Forças Armadas/Serviços de Saúde Militar: sete no Exército, quatro na Marinha e cinco na Força Aérea (Kravitz & Bullock, 2014).

Tabela 4 - Distribuição de médicos dentistas/estomatologistas, higienistas orais e consultas de medicina dentária/estomatologia realizadas, nos Cuidados de Saúde Primários nos ACES, no ano de 2011, em Portugal Continental (valores absolutos).

ARS	Médicos dentistas/ Estomatologistas	Higienistas Orais	Consultas de Medicina Dentária/ Estomatologia realizadas
Alentejo	0	14	0
Algarve	0	11	0
Centro	3	18	3.891
Lisboa e Vale do Tejo	11	64	24.356
Norte	11	11	31.719
Total	5	118	59.966

Fonte: DGS (2014)

Tabela 5 - Distribuição de médicos estomatologistas e consultas de Estomatologia realizadas nas Unidades Hospitalares, no ano de 2011, em Portugal Continental (valores absolutos).

ARS	Unidades Hospitalares com consulta de Estomatologia	Médicos estomatologistas	Consultas realizadas
Alentejo	1	2	5.824
Algarve	1	2	2.423
Centro	6	34	64.490
Lisboa e Vale do Tejo	7	55	76.822
Norte	12	53	93.362
Total	27	147	242.921

Fonte: DGS (2014)

O último Barómetro Nacional de Saúde Oral (OMD, 2016) revela que, nos últimos 12 meses, apenas 6,9% dos portugueses recorreram ao SNS para tratamento de algum problema oral e que 22,3% destes utentes sentiram que o problema não foi solucionado.

Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a situação é diferente. Na RAM, até ao início de 2014, existia um Programa de Saúde Oral (PSO) que privilegiava a vertente curativa da medicina dentária e que tinha a seu cargo a promoção e a prestação global de cuidados de saúde aos utentes do Sistema Regional de Saúde (SRS). Os serviços eram prestados diretamente pelo SRS ou indiretamente, através da contratação e acordos com outras entidades que asseguravam as atividades de Saúde Pública que lhes fossem atribuídas.

Apenas três Centros de Saúde possuíam gabinetes dentários: o Centro Saúde do Bom Jesus, no Funchal; o Centro de Saúde de Porto Moniz e o Centro de Saúde do Porto Santo. Atualmente, estes Centros de Saúde dispõem de consultas de Higiene Oral, às quais têm acesso todas as crianças dos 3 aos 12 anos de todos os concelhos da RAM; e consultas de medicina dentária acessíveis a todas as crianças, de todos os concelhos, que frequentam até ao 4º ano de escolaridade do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB). Importa referir que a primeira marcação só pode ser efetuada até aos 8 anos. Perante o exposto, podemos constatar que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam dados mais consonantes com as necessidades da sua população, com 26.193 e 21.434 consultas, respetivamente (INE, 2015).

No que diz respeito à RAA os cuidados de saúde oral são garantidos, pelos Centros de Saúde, através do Programa Regional de Saúde Oral (PRSO) que tem como população alvo todos os habitantes das nove ilhas do arquipélago incluindo: grávidas, crianças dos 0 aos 15 anos, adolescentes (dos 15 aos 18 anos), adultos, idosos, grupos de pessoas com necessidades de saúde especiais, cegos e amblíopes, deficientes mentais, toxicodependentes, diabéticos, cardíacos e desportistas. Para o efeito existem 16 Centros de Saúde, dotados com 21 médicos dentistas (DRS, 2009).

Tanto em Portugal continental como nas ilhas, o custo dos tratamentos é coberto quase na totalidade pelo Estado, sendo apenas cobradas taxas moderadoras de acesso aos serviços públicos de saúde. A isenção destas taxas é definida pelo Ministério da Saúde apenas para alguns segmentos da população. Os médicos dentistas prestam os seus serviços em Centros de Saúde ou em Hospitais cuja localização depende do planeamento do Estado, e a sua remuneração é feita por salário (ERS, 2014).

3.3.3.1. Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral

O PNPSO surgiu, em 2005, como um referencial de intervenção em saúde oral junto das crianças e dos jovens. Em 2008, o programa foi revisto e reestruturado de forma a assegurar uma prestação equitativa de cuidados de saúde oral, ao longo de todo o ciclo de vida, com base em procedimentos simplificados e orientados para a satisfação das necessidades de saúde nas idades de maior vulnerabilidade e garantindo um melhor acesso aos serviços e o alargamento progressivo das populações abrangidas. Até 27 de maio de 2008, o PNPSO centrava-se em atividades de prevenção e educação para a saúde e na avaliação da saúde oral e/ou tratamento de doenças da boca e dentes a crianças escolarizadas, mediante acordo entre o SNS e especialistas privados. A partir desta data, começaram a ser emitidos cheques-dentista que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento (Campos, 2008).

O PNPSO desenha, assim, uma estratégia global de intervenção que além de assentar na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais que se desenvolvem ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem, também visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Este programa, atualmente, é regulado pela Portaria nº 301/2009, de 24 de março.

Hoje em dia, o PNPSO permite o acesso a cuidados de medicina dentária a segmentos populacionais considerados prioritários e vulneráveis: (i) crianças e jovens dos 3 aos 18 anos a frequentar escolas públicas e IPSS's; (ii) crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais e que não tenham sido abrangidas pelo programa, designadamente: portadores de doença mental, paralisia cerebral ou trissomia 21; (iii) mulheres grávidas seguidas no SNS; (iv) pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário; (v) doentes infetados pelo VIH/SIDA que não façam tratamentos há mais de dois anos; (vi) e intervenção precoce no cancro oral.

O programa assenta na execução de um conjunto de atividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças orais, realizadas através da contratualização destes serviços com os serviços privados de medicina dentária:

1. A coordenação nacional deste programa é feita pela DGS, que através de uma circular normativa deve definir as regras de aplicação dos respetivos procedimentos

e assegurar a sua divulgação, nomeadamente junto dos profissionais de saúde. A coordenação do PNSO a nível regional, incluindo os procedimentos administrativos e financeiros, é da competência da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS). Para a avaliação técnico-científica do PNSO, a DGS define e publicita os indicadores base de monitorização e avaliação;

2. O acesso às consultas de medicina dentária é efetuado por indicação do respetivo médico de família ou, na sua falta, por outro médico da unidade funcional que o substitua, através da emissão de um cheque-dentista individualizado. O acesso às consultas de medicina dentária das crianças e jovens faz-se através da sua unidade funcional, por indicação do gestor de saúde oral com a emissão de cheque-dentista individualizado;
3. A cobertura é totalmente gratuita e inclui apenas alguns grupos da população;
4. Relativamente às consultas os utentes beneficiários têm a liberdade de escolher entre os médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes, que constam de uma lista nacional, disponível nas unidades funcionais dos ACES ou através do *microsite* da saúde oral, no sítio na internet da DGS, em www.saudeoral.min-saude.pt.

O modelo atual é bastante inovador no âmbito da contratualização e tem como instrumento principal a atribuição de cheques dentista, que garantem a liberdade de escolha do prestador por parte do utente do SNS. O protocolo estabelecido com a OMD assenta na utilização da capacidade privada instalada, que é suficiente para melhorar o setor da saúde oral (DGS, 2008).

Relativamente à **Saúde Oral nas crianças e jovens**, o quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção que assenta na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. Este processo tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas, que se encontram integradas em PSO e que desenvolveram cárie dentária (Campos, 2008).

A **Saúde Oral das mulheres grávidas** merece especial atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que as alterações hormonais características deste período aumentam a frequência das doenças periodontais que, por sua vez, condicionam negativamente as práticas de higiene oral e favorecem o aumento da incidência e da gravidade da cárie dentária deste grupo populacional. De acordo com o Despacho nº 4.324, de 22 de janeiro de 2008, este programa visava abranger 65.000 mulheres grávidas.

O projeto de **Saúde Oral nas pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário** (SOPI) promove o tratamento de problemas de saúde oral, de forma a diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais neste grupo populacional. Nos idosos os problemas periodontais e perda de dentes são bastante frequentes, o que gera uma maior necessidade de cuidados médicos dentários (DGS, 2008). Esta situação é particularmente grave nas pessoas idosas com menores rendimentos e baixos níveis de literacia em saúde, para as quais se dirigiu especificamente este complemento. Os idosos, podem receber no máximo dois cheques-dentista por ano, o que lhes permite ter acesso a um conjunto de cuidados de saúde oral essenciais para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias e para identificar/tratar outros problemas de saúde oral (Decreto-Lei nº 252/2007, de 5 de julho).

Em 2014, através da emissão de cheques-dentista, o PNPSO contemplou 5.173 idosos beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (CSI) (Ministério da Saúde, 2015), tendo sido emitidos 1,48 cheques-dentista por utente. Importa salientar que, em junho de 2015, o CSI abrangia 165.825 cidadãos e menos de 3% dos potenciais utilizadores beneficiaram do programa (Instituto de Informática, 2015).

Dados fornecidos pelo Instituto da Segurança Social (ISS, 2014) revelam que, atualmente, existem 172.856 idosos, na sua maioria mulheres (120.409), que beneficiam do CSI, cerca de 50.000 a menos que em 2013, cujo número atingia os 225.715 beneficiários. O Porto é o distrito que concentra o maior número de beneficiários (27.342), seguido de Lisboa (24.752) e de Braga (13.393). O valor do CSI é de 4.909€ por ano, o que se traduz em 409,08€ por mês (ISS, 2014).

Considerando a necessidade de apoiar os idosos em situação económica muito desfavorecida e que despendem grande parte dos seus recursos com a saúde, nomeadamente com medicamentos e outros bens com baixa comparticipação do Estado, paralelamente ao PNPSO, foi instituída a atribuição dos Benefícios Adicionais de Saúde (BAS). Tal como o CSI, este programa visa a redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida, pelo que os seus princípios de atribuição são semelhantes (Lourenço & Barros, 2016).

Os BAS, estão a cargo do Ministério da Segurança Social, e têm como objetivo reembolsar uma percentagem dos custos suportados pelos respetivos beneficiários com medicamentos, óculos e próteses dentárias removíveis.

Em termos de próteses dentárias removíveis, o Estado reembolsa 75% da despesa relativa à aquisição e reparação, até ao limite de 250€, por cada período de três anos. De acordo com o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos

Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas, de 2014 (Ministério da Saúde, 2015), os BAS nesse ano, reembolsaram 1.462 idosos o que se traduziu num total de 220.114€, num valor potencial de 3,8 milhões de euros.

A utilização do PNPSO e dos BAS, por parte da população idosa, permanece residual face ao potencial de beneficiários. No que se refere aos BAS, o motivo pode dever-se ao facto de ser um modelo de reembolso que obriga os beneficiários do CSI a assumir inicialmente o encargo financeiro. Este procedimento, muitas vezes, limita a utilização deste benefício por falta de disponibilidade financeira para assumir o encargo, apesar do mesmo, posteriormente, ser reembolsado (Lourenço & Barros, 2016).

O programa de **Saúde Oral para portadores de HIV/SIDA** tem como finalidade promover a saúde oral e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nos portadores desta infeção, uma vez que a ocorrência de problemas de saúde oral, como a periodontite e a perda de peças dentárias, assume especial relevância nesta população. Considerando o número de utentes do SNS seguidos nos serviços públicos de prestação de cuidados de saúde, estima-se que anualmente 3.000 indivíduos beneficiem desta oportunidade.

O **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral para a intervenção precoce no cancro oral** destina-se a utentes pertencentes a grupos de risco, nomeadamente: homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos; existência de lesões na cavidade oral por queixa do utente ou observação do médico de família; e utentes com queixas de dor, lesões ou alterações da cor ou da superfície da mucosa oral ou aumentos de volume não habituais das estruturas da cavidade oral ou vias aéreas superiores, parestesia oral ou perioral (Quadro 1).

Este programa tem como objetivos principais: aumentar a sobrevivência em cinco anos após o diagnóstico de cancro oral nos indivíduos pertencentes a grupos de maior risco que se encontrem abrangidos por este projeto, o que ultrapassa em 5% o valor atual, tendo por referência a média europeia; e utilizar de forma eficiente toda a capacidade instalada em serviços públicos e/ou privados para o diagnóstico diferencial de lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral e para uma intervenção terapêutica precoce, num período de tempo o mais curto possível (DGS, 2016).

Quadro 1 - Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista (CD).

Projeto Saúde Oral	População-alvo	Máximo de CD por utente	Data de entrada em vigor
Grávidas (SOG)	Grávidas seguidas no SNS ⁵	3 por gravidez	27 de fevereiro de 2008
Pessoas idosas (SOPI)	Idosos beneficiários CSI ¹	2 por ano	27 de fevereiro de 2008
Saúde infantil (SOSI)	Crianças com idade inferior ou igual a 6 anos (em situações agudas) ¹	1 por ano (máximo de 20.000 crianças/ano)	9 de janeiro de 2009
Crianças e jovens (SOCJ)	Crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos que frequentam escolas públicas ou IPSS's	2 por ano (7 e 10 anos) 3 por ano (13 anos)	9 de janeiro de 2009
	Crianças e jovens com necessidades especiais portadoras de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO	Igual no caso das crianças colaborantes; referência via CTH para os não colaborantes	1 de março de 2016
Crianças e jovens idades intermédias (SOCJI)	Crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos (em situações agudas) ¹	1 por ano	20 de abril de 2010
Crianças e jovens com 15 anos completos (SOCJ 16)	Jovens de 16 anos que completaram o plano de tratamento aos 13 anos	1 por ano	1 de agosto de 2013
Crianças e jovens com 18 anos completos (SOCJ 18)	Jovens de 18 anos que completaram o plano de tratamento aos 16 anos	1 por ano	1 de março de 2016
Utentes portadores de VIH/SIDA	Fase 1: Utentes infetados pelo vírus VIH/SIDA	6 por utente	27 de outubro de 2010
	Fase 2: Utentes infetados pelo vírus VIH/SIDA já abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamento há mais de 24 meses	2 cheques de 2 em 2 anos	1 de março de 2016
Intervenção precoce no cancro oral	Grupos de risco (rastreamento oportunista): homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos e utentes com lesões da cavidade oral identificadas pelo próprio, pelo médico de família, estomatologista ou pelo médico dentista	1 cheque diagnóstico e 1 cheque biópsia 2 vezes por ano	1 de março de 2014

Fonte: DGS (2016)

⁵ Por referência do médico de família

É, ainda, possível verificar que o PNPSO tem vindo a evoluir significativamente ao longo dos últimos anos, com 3.812.267 cheques-dentista emitidos desde o início do programa (Quadro 2). Também se constatou que 72% desses cheques foram efetivamente utilizados. Em 2015, mais de 330.000 utentes beneficiaram do PNPSO, o que veio colmatar uma área até então inexistente no SNS, sendo o ano em que mais utentes beneficiaram do PNPSO (Quadro 3) desde que o programa foi criado (DGS, 2016).

Embora se identifiquem algumas lacunas no programa, nomeadamente o seu carácter não universal, a ERS concluiu que a criação do PNPSO proporcionou um incremento significativo ao nível da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados. Contribuiu, ainda, para aumentar a abrangência do SNS, ao longo dos anos, e foi considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população em geral e dos grupos mais fragilizados e com necessidades de prevenção das doenças orais de maior gravidade (ERS, 2014).

Por sua vez, a DGS considera que a melhoria verificada na dentição permanente em crianças e jovens, não resulta apenas da redução dos níveis de doença, mas também do aumento da resposta proporcionada pelo PNPSO (DGS, 2016).

Perante o exposto, podemos concluir que a assistência médico-dentária, em Portugal, se caracteriza pela reduzida cobertura do SNS, o que se reflete numa baixa procura de cuidados médico-dentários.

Quadro 2 - Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO⁶

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Mulher grávida	20.538	35.633	39.474	38.855	41.144	40.808	44.424	49.823	310.699
Pessoas idosas	3.554	7.127	6.492	5.451	5.300	5.488	5.171	5.308	43.891
Saúde infantil (crianças com idade ≤ 6 anos)	0	7.550	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667	28.590	149.173
Crianças e jovens escolarizados (7, 10 e 13 anos)	0	292.238	293.303	250.948	139.869	336.850	236.272	216.004	1.765.484
Crianças e jovens idades intermédias	0	0	3308	4.445	6.437	7.000	11.303	12.776	45.269
Crianças e jovens 15 anos completos (16 anos)	0	0	0	0	0	3.087	5.318	15.925	24.330
Utentes portadores de VIH/SIDA	0	0	41	255	244	463	443	392	1.838
Intervenção precoce no cancro oral	0	0	0	00	0	0	685	1.421	2.106
Total	24.092	342.548	361.651	321.109	217.121	413.747	332.283	330.239	2.342.790

Fonte: DGS (2016)

⁶ No ano letivo de 2012/2013 alteraram-se as regras de emissão e utilização de cheques-dentista, de modo a que a utilização dos mesmos coincidissem com o ano civil, embora a emissão se inicie com o ano letivo. Esta alteração provocou um desfasamento na utilização dos cheques emitidos em 2012, que apenas vieram a ser utilizados em 2013. Os dados de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

Quadro 3 - Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Mulher grávida	23.707	60.971	68.120	67.626	71.261	67.959	71.624	77.024	508.292
Pessoas idosas	3.259	9.829	9.530	8.353	8.118	8.107	7.734	7.745	62.675
Saúde infantil (crianças com idade ≤ 6 anos)	0	3.806	10.621	13.126	14.683	11.677	14.451	17.972	86.336
Crianças e jovens escolarizados (7, 10 e 13 anos)	0	188.263	308.032	318.559	314.931	312.394	300.974	287.564	2.030.717
Crianças e jovens idades intermédias	0	0	1.706	2.959	4.877	5.245	6.717	10.006	31.510
Crianças e jovens 15 anos completos (16 anos)	0	0	0	0	0	2.122	4.138	9.906	16.166
Utentes portadores de VIH/SIDA	0	0	20	566	503	960	958	891	3.898
Intervenção precoce no cancro oral	0	0	0	0	0	0	685	1.421	2.106
Total	26.966	262.869	398.029	411.189	414.373	408.464	407.281	412.529	2.741.700

Fonte: DGS (2016)

3.3.4. Esforço Financeiro dos Cuidados de Saúde Oral para os Portugueses

De acordo com o relatório sobre os Cuidados de Saúde Oral, de 2016 (Lourenço & Barros, 2016), os sistemas de saúde têm-se vindo a desenvolver de forma a permitir que as pessoas usufruam dos serviços de acordo com as suas necessidades, protegendo-as contra as consequências financeiras adversas, relativas ao pagamento, e garantindo que monetariamente não terão obstáculos na utilização dos mesmos. Dados deste relatório demonstram, ainda, que em Portugal, a evolução dos pagamentos diretos, no que se refere ao consumo das famílias, aumentou de 5,9% em 2000, para 7,5% em 2005, e diminuiu novamente em 2010 para 7,1%.

Os medicamentos representam a maioria dos pagamentos diretos e o seu peso tem aumentado ao longo dos anos. No entanto, o crescimento mais preocupante é observado no acesso a cuidados dentários, observando-se um aumento de oito pontos percentuais em 10 anos. Enquanto em 2010, um quinto dos pagamentos diretos em Portugal era referente à área de medicina dentária, em 2000 representavam apenas um décimo (INE, 2015).

Os cuidados dentários desencadeiam despesas catastróficas e de empobrecimento, que resultam da falta de mecanismos de proteção financeira para a saúde oral, o que constitui um fator extremamente preocupante. Esta situação, reflete-se sobretudo na população mais pobre que, além de ser a mais afetada pela barreira financeira, é a que menos hipóteses tem de aceder a este tipo de cuidados (DGS, 2016).

Segundo Saksena, Hsu e Evans (2014) as despesas catastróficas em saúde podem ser definidas como o valor a partir do qual, os pagamentos diretos são de tal forma elevados em relação aos recursos financeiros disponíveis, que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários, para o poder suportar.

Em Portugal, as pessoas que visitaram o médico dentista, no último ano, são essencialmente, de classe social mais elevada, o que se traduz numa utilização de serviços de medicina oral muito abaixo do desejável. Lourenço e Barros (2016) acrescentam que mesmo para quem possui capacidade monetária para poder usufruir dos serviços de saúde oral, subsiste a expectativa de virem a ser criados mecanismos de proteção financeira para esse efeito, seja através de um sistema financiado, impostos ou de seguros.

Tal como a percentagem da população afetada por despesas catastróficas de saúde, a repartição dos pagamentos diretos realizados pelas famílias, também varia de acordo com o nível de rendimento. Deste modo, verifica-se que nos indivíduos que se incluem

nos 20% mais pobres, os medicamentos assumem um peso esmagador de 69%; enquanto nos indivíduos que fazem parte dos 20% mais ricos este peso é apenas de 22%. Em contrapartida, os cuidados dentários assumem um peso de 7% para os mais pobres e 40% para os mais ricos, sendo a saúde oral, a área responsável pelas despesas catastróficas entre os mais ricos. Esta situação sugere, que os mais pobres assumem os cuidados dentários como supérfluos quando comparados com os medicamentos, motivo pelo qual não acedem com tanta frequência ou simplesmente não procuram os serviços de medicina dentária. Por outro lado, para os indivíduos mais ricos a despesa em medicamentos é mais facilmente absorvida pelo rendimento familiar, enquanto os gastos com os cuidados dentários, por serem mais elevados, conduzem a despesas catastróficas (DGS, 2016).

4. A Saúde Oral e a Funcionalidade

A OMS (2004) define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”, pois a avaliação da condição de saúde de uma população inclui outros elementos além da simples presença/ausência de doença. Neste contexto, considera-se essencial analisar não só as doenças que afetam o idoso, mas também conhecer as repercussões das mesmas sobre a sua capacidade funcional, pois a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais.

Lebrão (2003) define a funcionalidade como o grau de preservação da capacidade em executar, de forma autónoma e independente, as atividades básicas e instrumentais da vida diária, que dependem das habilidades físicas e mentais. O desempenho funcional dos idosos, ou seja, a sua capacidade de viver as atividades quotidianas sem a necessidade de auxílio, mostra-se mais significativa do que a presença de doenças, sinais clínicos ou, até mesmo, questões biomecânicas.

O estudo dos níveis de funcionalidade dos indivíduos com mais de 65 anos de idade revela-se bastante importante para se desenvolverem indicadores que congreguem a intervenção específica dos vários profissionais de saúde numa lógica de melhoria dos ganhos em saúde relacionados com os indicativos definidos (Grill, Joisten, Swoboda, & Stucki, 2007a).

De acordo com Bickenbach (2003a), o diagnóstico por si só não prevê as necessidades de serviços de saúde, o tempo de internamento, o nível de cuidados ou os resultados funcionais, pois é essencial avaliar os autocuidados e as situações que dificultam a resposta às necessidades dos idosos.

A OMS propõe a avaliação das necessidades da população através da CIF. Esta classificação tem como principal objetivo fornecer uma linguagem unificada e padronizada que sirva de referência conceptual para descrever a saúde e os estados relacionados (Algurén, Lundgren-Nilsson, & Sunnerhagen, 2010; Bautz-Holter, Sveen, Cieza, Geyh, & Roe, 2008).

A CIF tem sido utilizada como uma ferramenta na estatística, na investigação, na avaliação clínica, ao nível da política social e como um instrumento pedagógico (Brach et al., 2004). Permite, ainda, definir o perfil epidemiológico da funcionalidade e consequente definição de projeções de cuidados de saúde, com base nos indicadores da incapacidade (Cieza et al., 2004). É neste sentido que se tem vindo a trabalhar nos últimos anos e a saúde oral não foge à regra, motivo pelo qual se justifica o aparecimento de indicadores sócio dentários e de qualidade de vida em relação à saúde oral. Deste modo, as necessidades de tratamento não devem ser consideradas apenas como o resultado de determinadas medidas clínicas, pois não fazem referência à funcionalidade do indivíduo e da sua boca, nem à autoperceção de bem-estar, mal-estar ou dor (Martinicorena, 2005).

Perante o exposto, a saúde oral não pode ser encarada como uma simples ausência de cáries, doença periodontal ou outra condição, porque inclui também o nível de bem-estar e a ausência de dor ou desconforto funcional, que permitem ao indivíduo o desenvolvimento de uma vida normal (Navazesh & Kumar, 2009; WHO, 2009). Silva (2009) acrescenta que é através da informação sobre o diagnóstico e a funcionalidade, que se obtém uma visão mais completa da condição de saúde oral.

Importa salientar que as repercussões de uma saúde oral comprometida não se prendem apenas com os tradicionais aspetos clínicos, mas também afetam as atividades do dia-a-dia e a qualidade de vida das pessoas, sendo notório que este fenómeno é mais evidente à medida que a idade aumenta (Ribeiro, 2009).

Do ponto de vista prático, é possível definir a qualidade de vida como o valor que as pessoas dão a uma série de fatores que afetam as suas vidas e o seu bem-estar. Estes fatores podem agrupar-se em quatro categoriais: (i) fatores funcionais, (ii) fatores

psicológicos, (iii) fatores sociais e (iv) existência de mal-estar e dor (Martinicorena, 2005).

Como anteriormente referido, a maioria dos estudos que avaliam as alterações na condição de saúde oral têm sido baseados em indicadores clínicos da doença (e.g., cárie dentária, uso de prótese dentária, percentagem de edentulismo) e poucos incidem na autoperceção das pessoas acerca da sua saúde e bem-estar, motivo pelo qual este trabalho constitui uma mais-valia nesta área de investigação

CAPÍTULO III

HIPÓTESE, PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

1. Modelo Conceptual

A revisão da literatura descrita no Enquadramento Teórico, possibilitou a construção do modelo conceptual (Figura 1), que teve por base a análise da autoperceção da saúde oral dos idosos e o seu impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Para a operacionalização do estudo foi utilizado o indicador sócio dentário e de qualidade de vida – *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) – e alguns dos indicadores do estado de saúde (*e.g.*, fatores clínicos, ambientais e de incapacidade) cuja associação com a autoperceção da saúde oral é bastante relevante para compreender a funcionalidade e o bem-estar desta população (Huber et al., 2011; WHO, 1948).

Esta opção fundamenta-se no facto da autoperceção ter um papel fundamental na avaliação da condição de saúde oral, uma vez que o seu comportamento é condicionado por essa perceção e pela importância que lhe é atribuída. Nos países com programas de saúde oral para idosos, a principal razão pela qual estes serviços não são procurados é a falta de perceção da sua necessidade (Atchison & Dolan, 1990; Silva et al., 2011). A literatura sugere que a avaliação da condição de saúde oral deve ser realizada de forma multidimensional, não só através de indicadores clínicos, mas também através de indicadores sócio dentários, nomeadamente a autoperceção da saúde oral (Matos & Lima-Costa, 2006; Silva & Fernandes, 2001).

Neste âmbito, têm sido desenvolvidos vários indicadores sócio dentários para medir a forma como as alterações da saúde oral comprometem a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Estes indicadores, incluem medidas subjetivas como a dor ou desconforto, os problemas estéticos, as restrições na alimentação, a comunicação, as relações afetivas, as atividades diárias e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Locker & Allen, 2007).

Dos instrumentos desenvolvidos para avaliação desses indicadores, destacam-se o OHIP, o OIDP, o OHRQOL e o GOHAI (Bravo et al., 2015), sendo este último desenvolvido especificamente para a população idosa (Díaz-Cárdenas et al., 2012).

Neste modelo conceptual reconheceu-se, também, a multiplicidade de determinantes de saúde que se encontram descritos como intervenientes no estado de saúde, no entanto foram selecionados apenas os mais utilizados para caracterizar a funcionalidade dos idosos, projeto onde este estudo está inserido (Lopes et al., 2012). Assim, através do registo num odontograma, foram contabilizados o número de dentes presentes, ausentes e reabilitados, o que permitiu calcular a taxa prevalência de

edentulismo, caracterizar a dentição em funcional ou não funcional (a dentição funcional corresponde a pelo menos 20 dentes em oclusão) e identificar a utilização de próteses dentárias removíveis.

Consideram-se dentes presentes, os dentes naturais que se encontram na cavidade oral; dentes reabilitados os dentes que se encontram reintegrados por prótese removível e dentes ausentes, aqueles que não se encontram presentes na cavidade oral, nem reabilitados. No que se refere ao uso de próteses, os dados foram recolhidos separadamente para o maxilar superior e inferior. O uso de prótese apenas foi considerado, se no momento do exame o indivíduo a usasse (Silva, 1999).

O estudo entre a associação da autoperceção da saúde oral dos idosos, utilizando o indicador sócio dentário e de qualidade de vida – GOHAI – e o estado de saúde na população portuguesa, residente no Alentejo, procura compreender a funcionalidade e o bem-estar desta população e por outro para ajudar a colmatar a lacuna relativamente à reduzida quantidade de estudos sobre essa matéria em Portugal.

2. Hipótese de investigação

Perante o exposto e tendo por base o referido modelo conceptual foi delineada a seguinte hipótese de investigação:

A autoperceção da saúde oral dos idosos utilizando o indicador sócio dentário e de qualidade de vida GOHAI, encontra-se associada ao estado de saúde oral da população alentejana.

3. Perguntas de investigação

3.1. Pergunta de investigação geral

A hipótese de investigação serviu de ponto de partida para formular a seguinte pergunta de investigação geral:

A autoperceção da saúde oral dos idosos, residentes no Alentejo, encontra-se associada ao estado de saúde oral dos mesmos?

3.2. Pergunta de investigação específica

Para analisar detalhadamente a temática em estudo foi, ainda, elaborada a seguinte pergunta de investigação específica:

Quais os fatores associados à autoperceção da saúde oral da população idosa do Alentejo que permitem identificar as necessidades e planeamento dos serviços de saúde?

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral

A presente investigação tem como objetivo geral identificar a relevância da avaliação dos indicadores de saúde oral e das características da funcionalidade nas necessidades de saúde oral da população do Alentejo com idade igual ou superior a 65 anos.

4.2. Objetivos específicos

A partir do objetivo geral foram delineados cinco objetivos específicos:

1. Contribuir para a identificação dos códigos CIF mais utilizados na construção de instrumentos de avaliação aplicados em termos internacionais aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos;
2. Contribuir para o desenho e validação de um instrumento de registo das dimensões da funcionalidade;
3. Caracterizar a condição de saúde oral da população idosa do Alentejo:
 - (i) Estudar a autoperceção utilizando o indicador sócio dentário e de qualidade de vida GOHAI;
 - (ii) Determinar a prevalência de edentulismo;
 - (iii) Determinar a prevalência do uso de prótese dentária removível na população edentula;
 - (iv) Determinar através do número de dentes presentes se a dentição existente está afetada do ponto de vista funcional e estético;

- (v) Relacionar a autopercepção da saúde oral obtida através do GOHAI com a prevalência de edentulismo, o acesso aos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas;
 - (vi) Relacionar a autopercepção da saúde oral obtida através do GOHAI com a dentição funcional e estética;
4. Relacionar os indicadores de saúde oral com características da funcionalidade da população idosa do Alentejo.
 5. Traçar o perfil dos idosos relativamente à autopercepção da saúde oral.

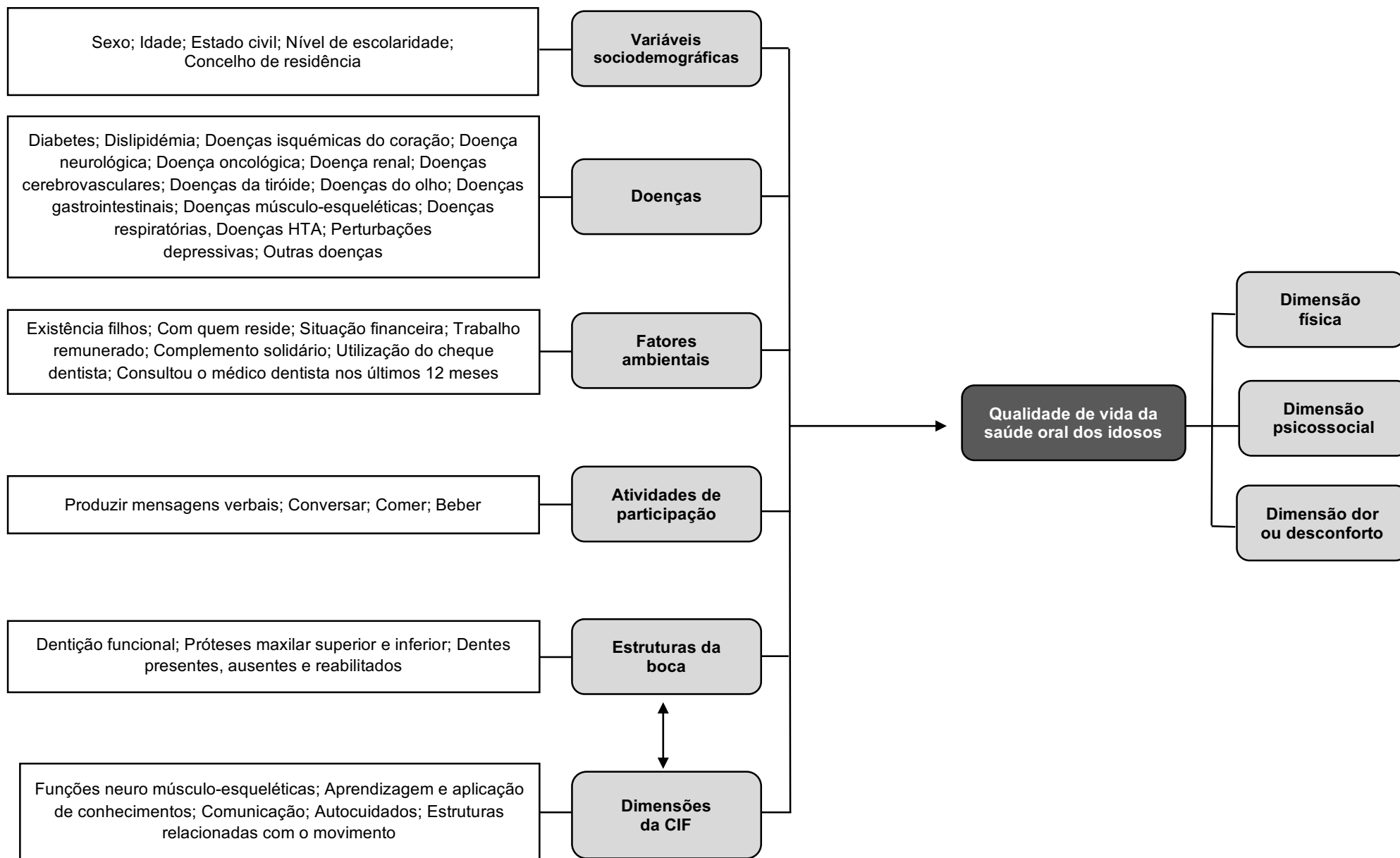


Figura 1 – Modelo conceitual em estudo.

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODOS

1. Desenho de estudo

Estudo de carácter epidemiológico e transversal, que teve por base a análise dos dados provenientes de um projeto mais amplo que visa determinar o perfil epidemiológico de funcionalidade da população idosa do Alentejo segundo a CIF. Esta classificação foi proposta pela OMS para avaliar as necessidades da população, planear os serviços de saúde e identificar os ganhos em saúde (Bickenbach, 2003b). O referido projeto é liderado pelo Prof. Doutor Manuel Lopes e financiado pelo Alto Comissariado da Saúde. Envolve, ainda, a Universidade de Évora, a Escola Nacional de Saúde Pública e a Administração Regional de Saúde do Alentejo.

2. Amostra

Na recolha dos dados foram tidos em consideração dois requisitos básicos: os sujeitos deveriam ter no mínimo 65 anos e residir na Unidade Territorial do Alentejo (UTA).

Assim, a amostra foi constituída pela população idosa, com mais de 65 anos, residente no Alentejo, uma vez que esta reúne um conjunto de fatores essenciais para este tipo de estudo, designadamente: a taxa de envelhecimento ser uma das mais elevadas do país (25,3%); apresentar situações de isolamento geográfico crescente; possuir um elevado número de idosos institucionalizados que necessitam de ser compreendidos e acompanhados (INE, 2012).

Para efeitos do dimensionamento e seleção da amostra, optou-se por uma amostragem aleatória e estratificada de acordo com o sexo, faixa etária (dos 65 aos 74 anos; dos 75 aos 84 anos; e 85 anos ou mais) e região, segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) de Nível III. Consideraram-se os dados disponibilizados no sítio da internet do INE sobre o número de pessoas residentes por região. O período de referência dos dados corresponde ao ano de 2009 (últimos disponibilizados pelo INE).

A dimensão da amostra foi determinada para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 3% ou 2,5% (valor do erro máximo entre o estimador e o verdadeiro parâmetro da população). Prevvia-se que a dimensão total da amostra variasse entre os 1.067 (3%) e 1.536 (2,5%) casos, todavia apenas foram considerados válidos 876 questionários (Tabela 6).

Tabela 6 - Amostra projetada e amostra real em função do sexo e faixa etária (valores absolutos).

Sexo	Faixa etária	Amostra inicial	Amostra recolhida
Masculino	65 a 74 anos	320	167
Masculino	75 a 84 anos	258	174
Masculino	85 anos ou mais	68	39
Feminino	65 a 74 anos	404	204
Feminino	75 a 84 anos	353	228
Feminino	85 anos ou mais	115	64
Total		1518	876

A repartição da dimensão total da amostra pelos estratos foi feita pela afetação ótima de Neyman. O dimensionamento inicial da amostra foi feito considerando a ponderação de cada estrato em função da sua dimensão na base de amostragem e da variabilidade (o facto de não se conhecer a variância levou a usar variância máxima).

A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples sem reposição, com utilização de números aleatórios em cada estrato. Para a seleção da amostra utilizaram-se as bases de dados dos Centros de Saúde.

Foi entregue a todos os participantes, um texto impresso, em português – Consentimento Informado – para garantir que a participação no estudo foi feita de forma voluntária, gratuita e não remunerada. Antes da recolha dos dados foi explicado a todos os participantes: o objetivo e justificação da pesquisa, os riscos possíveis e os benefícios esperados, os procedimentos, a forma de acesso às informações e a necessidade do termo de consentimento. Os participantes foram, ainda, informados que poderiam abandonar o estudo, se assim o desejassem, antes do término do mesmo. Foram excluídos os indivíduos que não concordaram com os procedimentos e como tal recusaram-se a participar.

3. O instrumento

Os dados foram recolhidos, durante o ano de 2012, em todos os concelhos do Alentejo, através da aplicação de um questionário constituído por 107 questões, que contemplaram a seguinte informação:

1. Caracterização sociodemográfica

Idade, sexo, estado civil, peso, altura, concelho de residência, nível de escolaridade, diagnóstico clínico, número de filhos, coabitação, situação profissional, subsidiação, acesso aos cuidados de saúde oral e situação financeira. As perguntas realizadas para obtenção de informação sobre estas variáveis foram retiradas do último Inquérito

Nacional de Saúde, à data da recolha de dados (INSA, 2007).

2. Avaliação da qualidade de vida da saúde oral dos idosos

Esta informação foi recolhida através da versão portuguesa do GOHAI (Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Oral). Este instrumento foi desenvolvido por Atchison e Dolan (1990) para estudar especificamente o impacto dos problemas de saúde oral na qualidade de vida da população idosa.

Importa referir que antes da aplicação do GOHAI, o mesmo foi validado para a população portuguesa e publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública por Carvalho et al. (2013) e no RIMAS.

O GOHAI é constituído por 12 perguntas de autoavaliação, que se referem à influência dos problemas de saúde oral em três dimensões: física, psicológica e dor ou desconforto. A função física é representada pelo padrão de mastigação, fala e deglutição; a dor ou desconforto remete para o uso de medicação para aliviar o mal estar provocado pela dor; e a função psicossocial refere-se à preocupação com a saúde oral, nomeadamente: a satisfação ou insatisfação com a aparência, a autoconsciência sobre a sua saúde oral e o evitamento de contacto social devido a problemas orais (Costa et al., 2010; Ewert et al., 2004; Grill, Mansmann, Cieza, & Stucki, 2007b; Hassel, Rolko, Koke, & Leisen, 2008; MacEntee, 2006; Martinicorena, 2005; Souza, Terada, Vecchia, Regis, Zanini, & Compagnon, 2012).

Na versão original do GOHAI as opções de resposta podem ter três, cinco ou seis categorias, que oscilam entre “sempre” e “nunca”. Neste estudo, optou-se pela versão com cinco categorias (1 = sempre, 2 = muitas vezes, 3 = algumas vezes, 4 = raramente, 5 = nunca), para existir coerência relativamente aos restantes instrumentos incluídos no questionário, cujas respostas foram dadas numa escala de cinco pontos. Porém, a desigualdade do tamanho da amostra em cada categoria (Tabela 7) forçou alguns ajustamentos. Assim, para uniformizar a dimensão dos grupos, os dados foram agrupados em três categorias: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, com valores de 1, 2 e 3, respetivamente. Importa referir que a questão sete, por estar na forma negativa, teve que ser invertida.

Tabela 7 - Frequências das categorias das dimensões do GOHAI (valores absolutos).

Dimensão	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Física	14	65	138	208	451
Psicossocial	711	127	30	8	0
Dor ou desconforto	4	40	106	259	467

O índice final foi determinado pela soma da pontuação dos 12 itens que compõem o GOHAI, podendo variar entre 12 e 36. Quanto mais elevada for a pontuação, mais elevada é a autopercepção a respeito da saúde oral (Atchison & Dolan, 1990). De acordo com a Sociedade Americana de Geriatria (Reuben & Solomon, 1989), nas questões diretas, quanto mais prevalente for a categoria “sempre”, piores serão as condições de saúde oral.

O GOHAI permite, ainda, classificar a autopercepção em Alta (entre 34 e 36 pontos), Moderada (entre 30 e 33 pontos) e Baixa (menos que 30 pontos). Esta pontuação é estabelecida de acordo com o estipulado por Atchison e Dolan (1990) para escala simplificada.

3. Dimensões da CIF

As dimensões da CIF incluem as Funções do Corpo, as Estruturas do Corpo, as Atividades de Participação e os Fatores Ambientais. Porém, para analisar as estruturas da boca, como anteriormente referido, foram utilizados indicadores clínicos específicos para as condições dos dentes e a necessidade de tratamento conforme o estipulado pelo EGOHID Project (Ottolenghi & Bourgeois, 2008).

4. **Recolha de dados**

Para a recolha de dados foi aplicado o referido questionário e realizado um exame clínico. Ambos os procedimentos foram efetuados por examinadores (profissionais de saúde) em diferentes regiões do Alentejo nas unidades de saúde, instituições de acolhimento e no domicílio dos participantes.

Tratou-se de uma entrevista direta ao idoso e/ou ao cuidador principal quando o participante não se sentia apto para responder às questões. Consoante a capacidade de deslocação a entrevista foi realizada no Centro de Saúde, USF ou no local em que o(a) idoso(a) se encontrava. Para ajudar a localizar as pessoas e para facilitar a aproximação às mesmas foi solicitada a colaboração dos Centros de Saúde.

Todos os examinadores foram sujeitos a uma formação teórica e prática sobre o instrumento, em que foram abordadas questões relativas a todos os indicadores utilizados no processo de recolha de dados e princípios a observar neste processo (e.g., relacionais, rigor, éticos). Os examinadores foram devidamente instruídos para a utilização dos códigos e critérios da CIF, propostos pela OMS. Para o exame clínico utilizaram-se luvas, espátulas de madeira e uma lanterna. A aplicação do instrumento foi realizada em contexto real.

Seguiu-se um rigoroso roteiro procedimental que incluiu a identificação dos entrevistadores através de um cartão adequado, o fornecimento do contacto direto dos responsáveis pelo estudo, a informação acerca do estudo, a sua natureza e objetivos, e a recolha do consentimento informado dos participantes.

O instrumento aplicado encontrava-se disponível em formato digital, através de uma plataforma *online* que descarregava diretamente os questionários para a base de dados, e também em papel, sendo estes posteriormente introduzidos na base de dados. Este processo permitiu poupar recursos e evitar uma fonte adicional de erro (a introdução de dados nas bases de dados).

Como forma de conferir rigor ao processo de recolha de dados foi criado um sistema aleatório de validação que consistiu, por um lado, na inquirição dos entrevistados acerca da real presença dos entrevistadores; e por outro, em entrevistas de validação conduzidas por alguns dos investigadores.

Após a finalização do instrumento e a realização dos referidos procedimentos, foram executadas as fases que se apresentam nos pontos seguintes.

4.1 Pré-teste

Validou-se o processo de recolha de dados da referida amostra, através de um pré-teste numa base populacional de 100 indivíduos (idosos residentes no Alentejo), também eles selecionados aleatoriamente.

Este processo permitiu, ainda, analisar a consistência interna e a homogeneidade entre as perguntas que compõem o indicador sócio dentário GOHAI (Silva, 1999).

4.2 Análise do Pré-Teste

Nesta fase os dados foram analisados, interpretados e comparados com outros estudos realizados. Foi redigido um manual de incongruências e o questionário foi reformulado, tendo-se introduzido as correções recomendadas pela literatura. Após estes procedimentos foi aplicada a versão final do questionário.

4.3 Segunda aplicação do GOHAI

Com o objetivo de determinar o erro associado à estabilidade temporal do GOHAI, foi feita uma segunda aplicação que permitiu verificar o grau de concordância entre os resultados das duas aplicações. Entre a primeira e a segunda aplicação decorreu um período de 15 dias.

O intervalo entre as aplicações não pode ser muito longo para precaver a ocorrência de eventos que possam afetar o comportamento avaliado, mas também não pode ser muito curto para evitar que o sujeito memorize as respostas da primeira aplicação e as replique na segunda (Hair, Black, Babin, Andersen, & Tatham, 2010).

De salientar que esta segunda aplicação foi realizada apenas para o GOHAI.

5. Análise Estatística

Após a triagem dos questionários corretamente preenchidos, procedeu-se à sua análise utilizando-se para o efeito os *softwares Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; versão 22) e o *Analysis of Moment Structures* (AMOS; versão 21).

A análise estatística tem início com o estudo da validação do GOHAI, onde serão examinadas as características psicométricas do instrumento (Carvalho et al., 2013) no sentido de verificar a sua robustez e adequabilidade para a amostra em estudo.

Seguidamente, serão apresentadas as estatísticas descritivas e diferenciais que além de apresentarem uma caracterização geral dos dados, permitem analisar as comparações de médias, tanto para a autopercepção global da saúde oral, como para as três dimensões do GOHAI (física, dor ou desconforto e psicossocial) em função dos indicadores de caracterização sociodemográfica, doenças mais frequentes, fatores ambientais, atividades de participação, estruturas da boca e dimensões da CIF.

No sentido de responder aos objetivos geral e específicos, inicialmente formulados, serão efetuadas análises correlacionais para quantificar a intensidade e direção da associação entre as variáveis; e análises de regressão linear e logística binária para avaliar o impacto das diferentes variáveis independentes consideradas e verificar os respetivos pesos preditivos na variável dependente.

5.1. Validação do GOHAI

5.1.1. Propriedades psicométricas do GOHAI

A análise dos indicadores psicométricos é de crucial importância, na medida em que permite garantir o rigor metodológico e científico do instrumento e a robustez dos constructos por ele avaliados. Deste modo, recorreu-se à Análise Fatorial Exploratória (AFE) para verificar a validade de constructo, à análise da consistência interna e ao teste-reteste para analisar a fiabilidade e ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a variabilidade (normalidade) da distribuição dos dados. Para compreender a dimensionalidade da estrutura obtida foi efetuada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

5.1.1.1. Validade

Através da AFE procurou-se compreender a estrutura interna do GOHAI, estimando os fatores comuns através da Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação *varimax* e usando os critérios de *Kaiser* (*eigenvalues* superiores a um) e de variância explicada. Esta técnica possibilita a exploração das variáveis e agrupa-as de acordo com parâmetros de afinidade para sintetizar a informação inicialmente recolhida (Marôco, 2014).

Para verificar a validade do constructo foram, ainda, calculados: o indicador de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. A medida de KMO visou estudar as implicações da amostra no estudo, sendo que valores inferiores a 0,50 foram considerados inaceitáveis (Tabela 8).

Tabela 8 - Valores de referência para o KMO.

Valor	ACP
Entre 0,90 e 1,00	Muito boa
Entre 0,80 e 0,90	Boa
Entre 0,70 e 0,80	Média
Entre 0,60 e 0,70	Razoável
Entre 0,50 e 0,60	Má
Menor que 0,50	Inaceitável

Fonte: Pestana e Gageiro (2008, p. 493)

O teste de esfericidade de *Bartlett* deve revelar a inexistência de problemas de identidade nos dados e que as correlações entre os itens são suficientes e adequadas, pelo que o seu *p-value* deve ser estatisticamente significativo.

Antes da realização da ACP, foram analisadas as variáveis de *input*, tendo-se verificado que estavam presentes todos os requisitos necessários para que a análise pudesse prosseguir.

5.1.1.2. Fiabilidade

A fiabilidade permite relacionar o constructo com o erro de medida a ele associado, ou seja, é a capacidade que um teste tem para medir fielmente um fenómeno no que se refere à reprodução dos resultados de forma consistente, independentemente, dos aspetos temporais ou influências associadas ao examinador.

Desta forma, quanto maior é o valor do coeficiente de fiabilidade, menor é a influência dos erros da medida e maior é a influência do constructo. Este indicador pode ser medido através de três parâmetros: concordância entre observadores, estabilidade temporal e análise da consistência interna, mas tendo em consideração os objetivos desta investigação, apenas serão apresentados os dois últimos (Marôco, 2014).

Consistência interna

Para verificar se cada uma das componentes identificadas está a medir um único constructo latente, foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach*. De acordo com a literatura científica, o valor esperado do alfa de *Cronbach* para o estudo de uma escala deve ser entre 0,70 a 0,90 (Tabela 9) (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 9 - Valores de referência para o alfa de *Cronbach*.

Valor	Fiabilidade
Maior que 0,90	Muito boa
Entre 0,80 e 0,90	Boa
Entre 0,70 e 0,80	Razoável
Entre 0,60 e 0,70	Fraca
Menor que 0,60	Inadmissível

Fonte: Pestana e Gageiro (2008, p. 528)

Teste-reteste

O teste-reteste analisa a correlação significativa entre dois momentos distintos de avaliação e determina o erro associado à estabilidade temporal, permitindo assim, verificar o grau de concordância entre os resultados das duas aplicações (Hair et al., 2010)

5.1.1.3. Variabilidade

A variabilidade (normalidade da distribuição) encontra-se relacionada com a variância e a amplitude dos resultados, sendo por isso uma condição necessária para que um teste seja válido (Marôco, 2014).

Assim, os valores totais das dimensões física, psicossocial e dor ou desconforto, foram obtidos através da média das respostas dos participantes para todos os itens que compõem cada uma delas. Quanto mais elevada é a pontuação, menos frequentes são as dificuldades nas referidas dimensões.

Para a obtenção do índice global foram somados todos os valores, podendo os mesmos variar entre 12 e 36. Valores mais altos sugerem uma elevada autoperceção de saúde oral (Atchison & Dolan, 1990).

5.1.2. Análise fatorial confirmatória

Para testar a forma como as variáveis medidas representam bem o número de constructos obtidos, testou-se o modelo com recurso a uma AFC. Este método tem como principal objetivo confirmar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas específicas segundo um padrão pré-estabelecido e de acordo com uma teoria definida *à priori* (Marôco, 2014).

A avaliação do ajustamento do modelo foi realizada com recurso às seguintes medidas: o Qui-Quadrado (χ^2) que avalia a qualidade do modelo; o *Comparative Fit Index* (CFI) que compara o modelo em estudo e o modelo base; *Tucker-Lewis Index* (TLI) que estima se o ajustamento do modelo hipotético é melhor do que o ajustamento de um modelo nulo; e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) que mede a falta de ajustamento do modelo à amostra. De acordo com Jöreskog e Sörbom (1996) o χ^2 é um índice muito sensível ao tamanho da amostra, pelo que muitas vezes se recorre também à análise do CFI, cujos

valores de referência devem situar-se acima de 0,90, o TLI deve ser superior a 0,90 e o RMSEA apresenta valores aceitáveis para referências inferiores a 0,08. Foi utilizada uma matriz de covariações e os parâmetros foram estimados de acordo com os procedimentos de Máxima Verosimilhança.

5.2. Estatísticas descritivas e diferenciais

Após a análise das características psicométricas do instrumento proceder-se-á à caracterização das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, local de residência), doenças mais frequentes (diabetes, dislipidémia, doenças isquémicas do coração, doença neurológica, doença oncológica, doença renal, doenças cerebrovasculares, doenças da tiróide, doenças do olho, doenças gastrointestinais, doenças musculoesqueléticas, doenças respiratórias, doenças HTA, perturbações depressivas e outras doenças), atividades de participação (produzir mensagens verbais, conversar, comer e beber), fatores ambientais (existência de filhos, pessoas com quem reside, situação financeira que satisfaça as necessidades básicas de saúde, exercício de trabalho remunerado, beneficiar do complemento solidário, utilização do cheque dentista e consultar o médico dentista nos últimos 12 meses), estruturas da boca (dentição funcional, próteses no maxilar superior e inferior, e dentes presentes, ausentes e reabilitados) e dimensões da CIF (Funções neuro musculoesqueléticas, Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, Comunicação, Autocuidados e Estruturas relacionadas com o movimento).

Para o efeito, serão utilizados testes de diferenças de médias, tendo em consideração as várias formas como os constructos se encontram operacionalizados. Estes testes permitem analisar não só os valores médios das variáveis em questão, como também, perceber como é que esses valores se manifestam em função das variáveis independentes consideradas. Através deles podemos caracterizar e compreender melhor os fenómenos estudados.

5.3. Associação entre variáveis

As medidas de associação, também designadas por coeficientes de correlação, quantificam a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis. As correlações podem ser bivariadas, quando envolvem apenas duas variáveis, ou multivariadas se envolverem mais que duas variáveis. Quando a correlação é positiva as variáveis tendem no mesmo sentido, assim, quando uma aumenta/diminui a outra aumenta/diminui também; quando a correlação

é negativa as variáveis tendem em sentidos opostos, pelo que quando uma aumenta a outra diminui e vice-versa (Pestana & Gageiro, 2008).

Os coeficientes de correlação são definidos em função da natureza das variáveis e da sua escala de medida. Deste modo, no nosso estudo recorreremos ao coeficiente de *Pearson* para medir a associação entre duas variáveis quantitativas e ao coeficiente de *Spearman* para duas variáveis qualitativas, nomeadamente: ordinais e nominais. Em ambos os testes, o valor varia entre -1 e 1, pelo que consideramos que as correlações são: (i) fracas quando o valor absoluto é inferior a 0,25; (ii) moderadas entre 0,25 e 0,50; (iii) fortes entre 0,50 e 0,75; (iv) e muito fortes se forem superiores a 0,75 (Marôco, 2014).

5.4. Regressão Logística Binária

A regressão logística é uma forma especializada de regressão que é formulada para prever e explicar uma variável categórica binária (dois grupos). A forma da variável estatística da regressão logística representa uma relação multivariada com coeficientes que indicam o impacto relativo de cada variável preditora (Hair et al., 2010).

Na Regressão Logística Binária (RLB), a variável dependente (VD) apresenta valores 0 e 1 que correspondem, respetivamente, à ausência e presença do fenómeno em estudo; e as variáveis independentes (VI) que podem ser qualitativas ou quantitativas, possibilitam medir o efeito e respetiva significância sobre o que se pretende avaliar (Marôco, 2014).

A RLB tem dois objetivos distintos. Por um lado, permite descrever e prever uma resposta binária, a partir da construção de um modelo (valor preditivo); e por outro, possibilita explicar as hipóteses e abordar o viés e modificação do efeito das VI sobre a VD (valor explicativo) (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

5.5. Regressão Linear Múltipla

A Regressão Linear Múltipla (RLM) é uma técnica estatística multivariada usada para examinar a relação entre uma única VD e um conjunto de VI's. A flexibilidade e adaptabilidade da RLM permitem que seja usada em quase todas as relações de dependência, nomeadamente para fazer previsões e fornecer explicações. A previsão envolve o quanto uma ou mais VI's podem prever a VD e a explicação examina a magnitude, o sinal e a significância estatística dos coeficientes de regressão para cada VI, tentando desenvolver uma razão

substantiva ou teórica para o seu efeito. Deste modo, as VI's, além de preverem coletivamente a VD, também podem ser consideradas pela sua contribuição individual para a explicação da VD (Marôco, 2014).

Os coeficientes de regressão estimados, denominados de B , representam o tipo de relação (positiva ou negativa) e a força da relação entre as VI e a VD; e os coeficientes resultantes da análise dos dados padronizados, chamados de beta (β) eliminam o problema de se lidar com diferentes unidades de medida. Ambos os coeficientes refletem a mudança na VD para cada unidade de mudança na VI, o que permite efetuar uma avaliação relativa da importância de cada variável no modelo de regressão (Hair et al., 2010).

5.6. Análise de Correspondências Múltiplas

A Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) é uma técnica de interdependência que permite a redução dimensional e o mapeamento perceptual no qual as categorias são representadas no espaço multidimensional. A proximidade indica o nível de associação entre as categorias em linha ou coluna. As dimensões são interpretadas através da proximidade dos atributos em relação aos eixos (Marôco, 2014).

Neste tipo de abordagens é essencial a identificação dos múltiplos indicadores considerados pertinentes para captar a estrutura do fenómeno em estudo. E apesar de ser preservada a individualidade desses indicadores, é dado particular enfoque à exploração da sua interdependência e aos contornos das diferentes combinações, as quais são, elas próprias, produto dessa interação (Carvalho, 2008).

CAPÍTULO V

QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi sujeito à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora, a qual emitiu parecer positivo à sua realização. Foram, ainda, acauteladas as questões éticas inerentes a um trabalho desta natureza, nomeadamente, a garantia da proteção dos dados e a ausência de conflitos de interesse na sua utilização.

Ao longo do desenvolvimento da metodologia de investigação deste projeto, surgiram questões que foram resolvidas de acordo com as normas éticas estabelecidas para a investigação (Peña, 1998), designadamente:

1. Representatividade da amostra: os participantes foram selecionados de forma aleatória, através de um programa informático específico para o efeito, de forma a garantir a sua representatividade;
2. Consentimento informado⁷: todos os participantes assinaram um texto impresso, em português e com uma linguagem clara, de forma a garantir que a participação no estudo foi voluntária, gratuita e não remunerada. A todos os indivíduos da amostra foi explicado: (i) o objetivo e justificação da pesquisa; (ii) os riscos possíveis e os benefícios esperados; (iii) os procedimentos; (iv) o acesso às informações; (v) e o termo de consentimento informado. Só foi permitida a participação de pessoas com capacidade de perceber e assinar o documento de Consentimento Informado (Silva et al., 2009);
3. Garantia do anonimato e confidencialidade dos dados referentes à amostra: o instrumento aplicado estava disponível e foi preenchido em suporte digital, tendo sido submetido *online* para uma base de dados criada para o efeito. É importante salientar que as informações de identificação pessoal, como o nome e a morada não foram registadas;
4. Cooperação e coordenação entre diferentes pessoas, disciplinas e instituições: este projeto engloba um conjunto diversificado de pessoas e instituições (e.g., coordenadores, doutorandos, centros de saúde, entrevistadores) pelo que foi fundamental respeitar os princípios éticos de confiança, responsabilidade, respeito mútuo e justiça;
5. Erro na recolha de dados: como anteriormente referido o instrumento encontrava-se disponível e foi preenchido em suporte digital, o que permitiu poupar recursos e evitar uma fonte adicional de erro na introdução de dados nas bases de dados;
6. Adaptação da linguagem à população da amostra: em virtude de ser uma população idosa, a linguagem utilizada no instrumento de recolha de dados, teve que ser clara e perceptível;

⁷ Anexo 3 – Consentimento informado

7. Cumprimento dos prazos previamente estipulados: os investigadores comprometeram-se a cumprir os prazos estipulados, uma vez que o projeto em questão foi financiado por dinheiro público, através do Alto Comissariado da Saúde, que assim o exigiu (CNPd, 2007; Barbour, 2008; Resnik, 2010).

Importa referir que o projeto obedeceu aos seguintes critérios:

1. Fazível: número de sujeitos adequado, competências técnicas apropriadas, exequível em termos de tempo e dinheiro, foco e concretização;
2. Interessante para o investigador e para a comunidade considerando os benefícios que este estudo irá trazer;
3. Novo: permite confirmar ou refutar conhecimento prévio, ampliar os resultados anteriormente obtidos e fornecer novo conhecimento;
4. Ético: foi sujeito à Comissão de Ética que emitiu um parecer positivo à sua realização;
5. Relevante para o conhecimento científico, para as políticas de saúde e para investigações futuras.

Ao longo do desenvolvimento deste projeto de investigação, as normas éticas estiveram sempre presentes, de forma a apoiarem a resolução dos vários dilemas que foram surgindo (Barbour, 2008).

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

A amostra foi recolhida por enfermeiros e fisioterapeutas dos Centros de Saúde de quatro das cinco sub-regiões pertencentes à UTA: Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo. Esta distribuição foi efetuada de acordo com a NUTS de nível III (Decreto-Lei nº 244/2002, de 5 de novembro; Lei nº 75/2013, de 12 de setembro).

Participaram no estudo 876 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($M = 76,43$; $DP = 6,50$), sendo 56,6% do sexo feminino ($N = 496$) e 43,4% do sexo masculino ($N = 380$). No que respeita ao estado civil, 540 são casados ou vivem em união de facto (61,6%), 275 são viúvos (31,4%), 50 são solteiros (5,7%) e 11 referiram ser divorciados (1,3%). No que se refere à existência de filhos, 85,4% respondeu afirmativamente. Verificou-se, ainda, que a maioria dos participantes reside na sub-região do Alentejo Central (36,9%) (Figura 2).



Figura 2 - Distribuição dos participantes em função do concelho de residência.

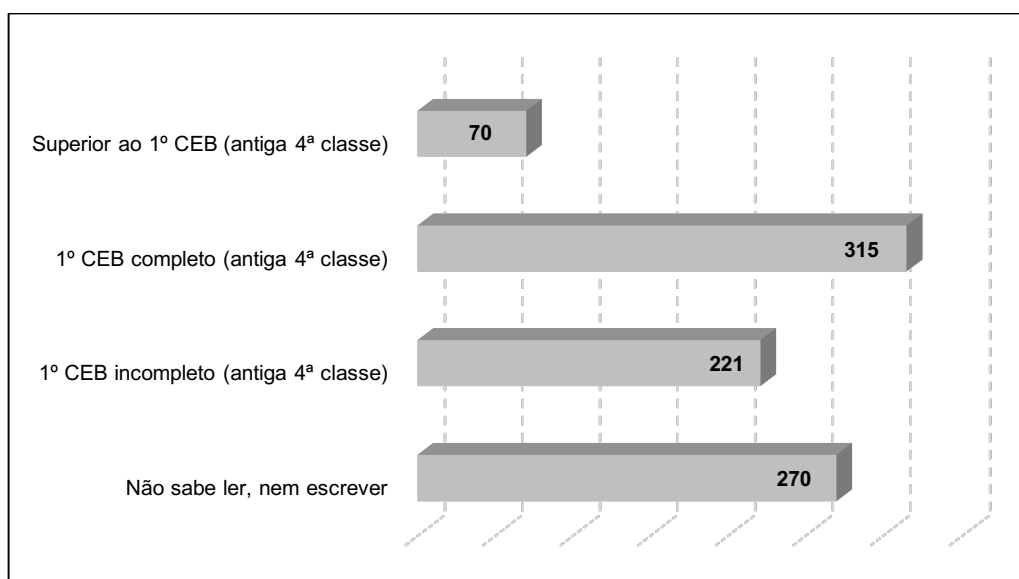
A maioria dos idosos vive apenas com o cônjuge (53,9%). Foi, ainda, possível constatar que a percentagem de mulheres que vivem sozinhas (69,2%) é superior à dos homens (30,8%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Pessoas com quem os idosos residem (valores absolutos).

	Masculino	Feminino	Total
Família (e.g., filhos, netos, noras, genros, sobrinhos)	18	71	89
Família e cônjuge	38	24	62
Cônjuge	244	228	472
Sozinho	64	144	208
Instituição	16	29	45
Total	380	496	876

Relativamente ao nível de escolaridade, 69,2% dos idosos sabem ler e escrever. Importa referir que inicialmente os dados foram organizados de acordo com o estipulado pela Lei de Bases do Sistema Educativo⁸ (Lei nº 46/86, de 14 de outubro), mas devido à desigualdade da dimensão dos grupos foi necessário adaptar e agrupar as categorias às características da amostra (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade (valores absolutos).



Nota: 1º CEB = 1º Ciclo do Ensino Básico

Apenas 3,5% dos inquiridos (N = 31) ainda, desenvolve algum trabalho remunerado. No entanto, só 9,4% (N = 82) beneficia do complemento solidário; 42,1% dos idosos considera que a sua situação financeira satisfaz totalmente as suas necessidades básicas de alimentação; 45,4% as necessidades de habitação; 34,2% as necessidades de saúde (Tabela 11).

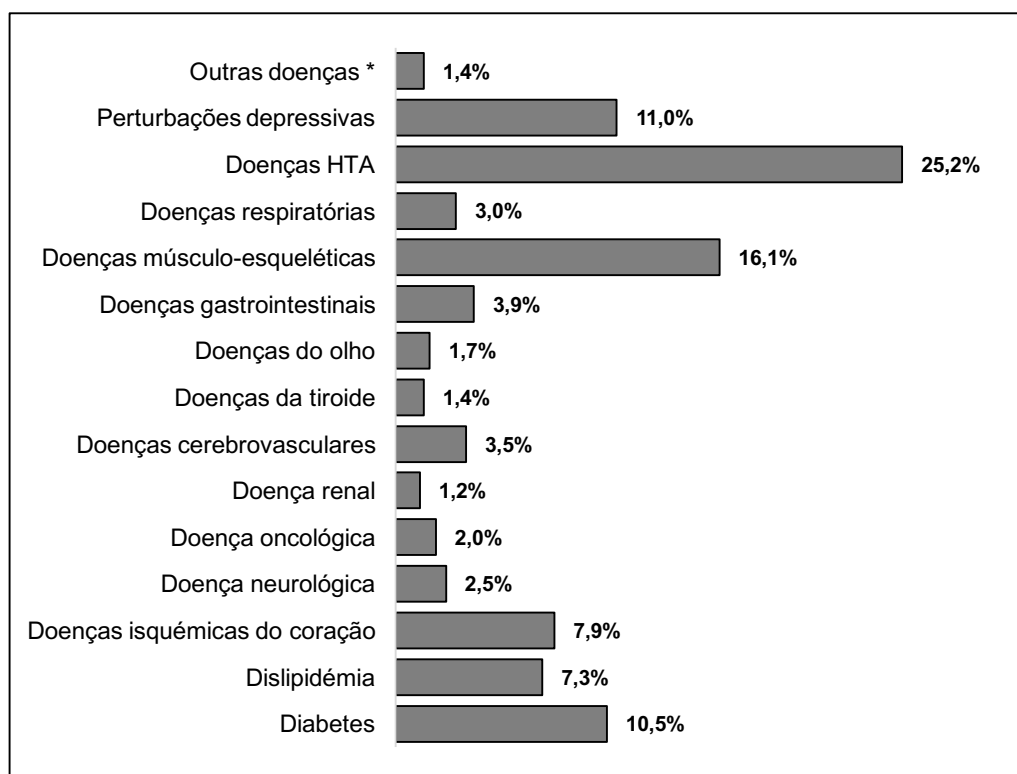
⁸ 1º Ciclo do Ensino Básico, 2º Ciclo do Ensino Básico, 3º Ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior

Tabela 11 - Satisfação das necessidades básicas em função da situação financeira.

	N	%
A situação financeira satisfaz as necessidades básicas de alimentação		
Totalmente	369	42,1
Satisfatoriamente	322	36,8
Não	165	18,8
Não responde	20	2,3
A situação financeira satisfaz as necessidades básicas de habitação		
Totalmente	397	45,3
Satisfatoriamente	284	32,4
Não	169	19,3
Não responde	26	3,0
A situação financeira satisfaz as necessidades básicas de saúde		
Totalmente	300	34,2
Satisfatoriamente	324	37,0
Não	229	26,1
Não responde	23	2,6

Relativamente às doenças, verificou-se que a hipertensão arterial (25,2%) é a mais frequente entre os participantes e as menos comuns são as doenças renais (1,2%) e as doenças da tiroide (1,4%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Diagnóstico médico das principais condições de saúde existentes.



Nota: *Esta categoria inclui várias doenças, entre as quais: Insuficiência venosa, Obesidade, Cefaleias, Síndrome vertiginoso

2. Descrição das principais variáveis

2.1. Sensação de dor

Quando questionados acerca da sensação de dor, a maioria dos idosos referiu que a mesma é moderada a intensa (26,3%), sendo os valores mais elevados nas idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos. É importante mencionar que para facilitar a leitura dos dados as idades dos participantes foram agrupadas em três faixas etárias: (i) Dos 65 aos 74 anos; (ii) Dos 75 aos 84 anos; (iii) e Mais de 85 anos (Tabela 12).

Tabela 12 - Sensação de dor em função da idade dos participantes.

	Dos 65 aos 74 anos	Dos 75 aos 84 anos	Mais de 85 anos	Total
Nenhum problema	0	0	0	0
Problema moderado ténue	61	108	9	178
Problema moderado intenso	79	117	34	230
Problema completo	79	61	39	179
Não responde	152	116	21	289
Total	371	402	103	876

2.2. Estruturas da boca

No que diz respeito às estruturas da boca verificou-se que apenas 7,5% (N = 66) dos idosos não têm qualquer deficiência; 2,3% (N = 20) tem todos os dentes presentes; 34,1% tem entre 1 a 12 dentes ausentes; e 74,7% não tem nenhum dente reabilitado (Tabela 13).

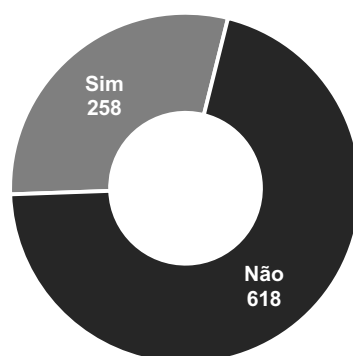
Tabela 13 - Estruturas da boca.

	N	%
Estruturas da boca		
Sem deficiência (30 a 32 dentes)	66	7,5
Deficiência ligeira (21 a 29 dentes)	269	30,7
Deficiência moderada (13 a 20 dentes)	100	11,4
Deficiência grave (1 a 12 dentes)	203	23,2
Deficiência completa (0 dentes)	238	27,2
Dentes presentes		
30 a 32 dentes	20	2,3
21 a 29 dentes	127	14,5
13 a 20 dentes	108	12,3
1 a 12 dentes	243	27,7
0 dentes	378	43,2
Dentes ausentes		
30 a 32 dentes	275	31,4
21 a 29 dentes	140	16,0
13 a 20 dentes	110	12,6
1 a 12 dentes	299	34,1
0 dentes	52	5,9
Dentes reabilitados		
30 a 32 dentes	32	3,7
21 a 29 dentes	122	13,9
13 a 20 dentes	27	3,1
1 a 12 dentes	41	4,7
0 dentes	654	74,7

2.2.1. Dentição funcional e próteses dentárias

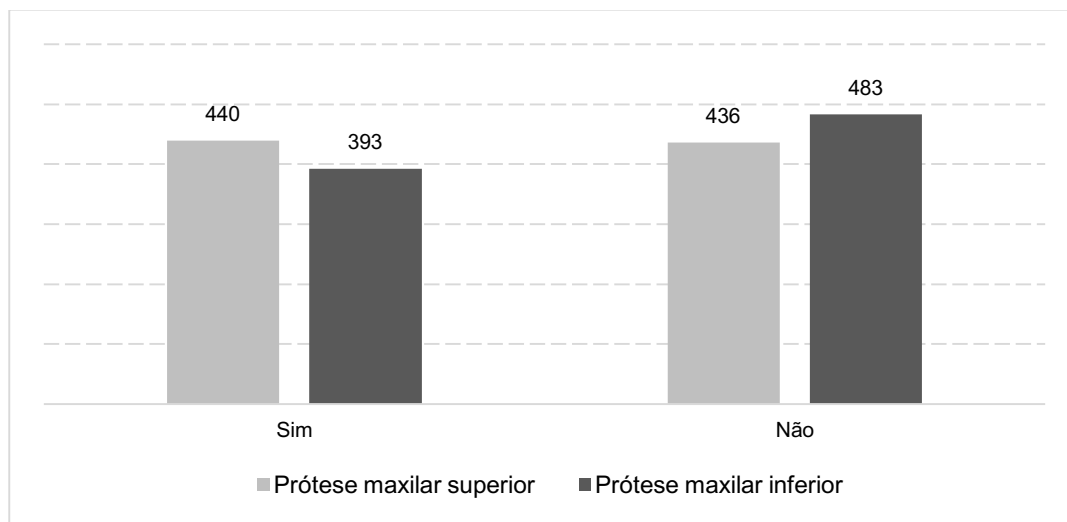
No sentido de confirmar os resultados obtidos, procurou-se apurar o número de participantes no estudo que tinham uma dentição funcional, tendo-se verificado que apenas 29,5% (N = 258) responderam afirmativamente (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Dentição funcional (valores absolutos)



Relativamente ao uso de próteses, foi possível constatar que existem mais idosos que possuem prótese no maxilar superior (50,2%) do que no maxilar inferior (44,9%) apesar da diferença não ser muito acentuada (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Existência de próteses no maxilar superior e inferior (valores absolutos)



2.3. Última consulta de medicina dentária e cheque-dentista

Perante estes resultados, procurou-se saber se os participantes tinham consultado um médico dentista nos últimos 12 meses, se sabiam o que é o cheque dentista e em caso afirmativo se já o tinham usado, tendo-se obtido os resultados apresentados nos Gráficos 7, 8 e 9, respetivamente.

Gráfico 7 - Consultou um médico dentista nos últimos 12 meses?

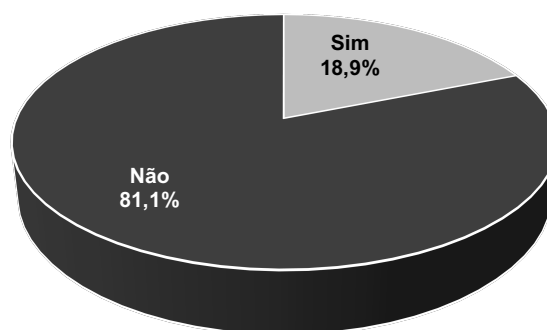
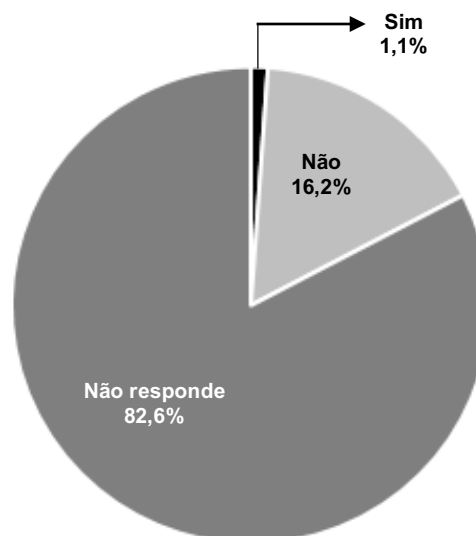


Gráfico 8 - Sabe o que é o cheque dentista?



Gráfico 9 - Já utilizou o cheque dentista?



3. Validação do GOHAI

3.1. Propriedades psicométricas do GOHAI

Para verificar a validade de constructo recorreu-se à ACP, para analisar a fiabilidade à análise da consistência interna e ao teste-reteste e para avaliar a variabilidade (normalidade da distribuição) ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para compreender a dimensionalidade da estrutura anteriormente obtida será efetuada uma AFC.

3.1.1. Validade

À semelhança do estudo realizado por Carvalho et al. (2013) a extração foi forçada a três fatores. Seguidamente foi calculado o indicador de KMO (0,93) e o teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2_{(66)} = 7216,17$, $p < 0,001$) que demonstrou a inexistência de problemas de identidade nos dados e correlações suficientes e adequadas entre os itens.

A percentagem de variância explicada para as três componentes obtidas foi de 73,7%, sendo estes valores considerados bastante satisfatórios. Segundo Hair et al. (2010) os valores situados acima de 60% são considerados aceitáveis.

Pode-se constatar que a primeira componente possui um valor próprio de 6,88, o que corresponde a 36,64% da variância total; a segunda componente explica 30,57% da variância total e tem um valor próprio de 0,99; por último, a terceira componente com um valor próprio de 0,96 apresenta uma variância explicada de 8,49%. Adicionalmente, importa referir que a segunda e terceira componentes apresentam *eigenvalues* muito próximos de um.

Os critérios de *Kaiser* e da variância explicada puderam ser confirmados pelo *Scree Test* que através da representação gráfica (*Scree plot*) identifica o ponto a partir do qual a curva começa a perder verticalidade. Esse ponto corresponde ao número máximo de componentes a reter. Neste caso foram extraídas três componentes principais.

Para interpretar as componentes extraídas procedeu-se à leitura dos pesos (*loadings*) das variáveis de *input* para cada um dos fatores, pois são esses pesos que medem as correlações entre as componentes e as variáveis originais. As variáveis apresentam valores superiores a 0,500 (Tabela 14) o que revela que todas dão um grande contributo para a formação dos fatores (Martinez & Ferreira, 2007).

Tabela 14 – Comunalidades.

Itens	Extração
F1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes ou próteses (placa)?	0,753
F2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar os alimentos?	0,825
D3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	0,659
F4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?	0,686
F5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	0,793
P6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	0,692
P7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a sua boca?	0,994
D8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?	0,623
D9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o(a) deixou preocupado(a)?	0,694
D10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso(a) por causa dos problemas na sua boca?	0,793
P11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa dos problemas na boca?	0,751
D12. Nos últimos 3 meses sentiu que os seus dentes ou gengivas ficaram sensíveis a alimentos líquidos?	0,581

3.1.2. Fiabilidade

Consistência interna

Para avaliar a fiabilidade foi calculado o coeficiente alfa (α) de *Cronbach*, tendo-se obtido uma elevada consistência interna para todas as dimensões, nomeadamente: 0,90 para a dimensão física, 0,80 para a dimensão psicossocial e 0,88 para a dimensão dor ou desconforto. Importa, também, referir que a escala global, composta pelos 12 itens, apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* igual a 0,77 (Tabela 15) (Kline, 2000).

É importante salientar que o item 7: *Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a sua boca?* foi retirado da análise porque com a sua eliminação, o valor do alfa de *Cronbach* da dimensão psicossocial aumentou de 0,32 para 0,80.

Tabela 15 - Consistência interna das dimensões e índice global do GOHAI

GOHAI	α de <i>Cronbach</i>	Nº itens
Autoperceção da saúde oral (índice global)	0,77	12
Dimensão física	0,90	4
Dimensão psicossocial	0,80	2
Dimensão dor ou desconforto	0,88	5

Teste-reteste

Os resultados do teste-reteste da versão portuguesa do GOHAI revelaram uma correlação significativa ($r = 0,089$, $p < 0,05$), o que sugere que o instrumento é fidedigno em termos de estabilidade temporal.

3.1.3. Variabilidade

A análise da distribuição foi verificada através do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. Os resultados obtidos revelaram que os valores não se encontram distribuídos de acordo com os padrões de normalidade ($p < 0,05$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Teste de normalidade das dimensões e índice global do GOHAI

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>Sig.</i>
Autoperceção de saúde oral	0,316	0,000*
Dimensão física	0,259	0,000*
Dimensão psicossocial	0,304	0,000*
Dimensão dor ou desconforto	0,480	0,000*

Nota: n = 876; * $p < 0.001$

Foi, ainda, elaborada uma análise pormenorizada da distribuição das variáveis, onde se verificou que os coeficientes de *Skewness* e *Kurtosis* não se aproximam de zero, pelo que nas análises seguintes recorrer-se-ão a testes não paramétricos.

3.2. Análise fatorial confirmatória

Na realização da AFC foi utilizada uma matriz de covariações e os parâmetros foram estimados de acordo com os procedimentos de Máxima Verosimilhança. Os dados obtidos através de uma análise *post-hoc* sugeriram algumas modificações que conduziram a um melhor ajustamento do modelo com as covariações nos erros das dimensões com características semelhantes. Visando um melhor ajustamento do modelo, procedeu-se à eliminação da variável manifesta P7, pertencente à dimensão psicossocial.

Os dados obtidos revelaram-se ajustados [$\chi^2 = 279,4$, $df = 43$, $p < 0,001$; CFI = 0,96; TLI = 0,95; RMSEA = 0,08]. É, ainda, possível observar a existência de covariações positivas fortes entre as três dimensões, o que revela resultados satisfatórios no que diz respeito à validade de constructo (Figura 3).

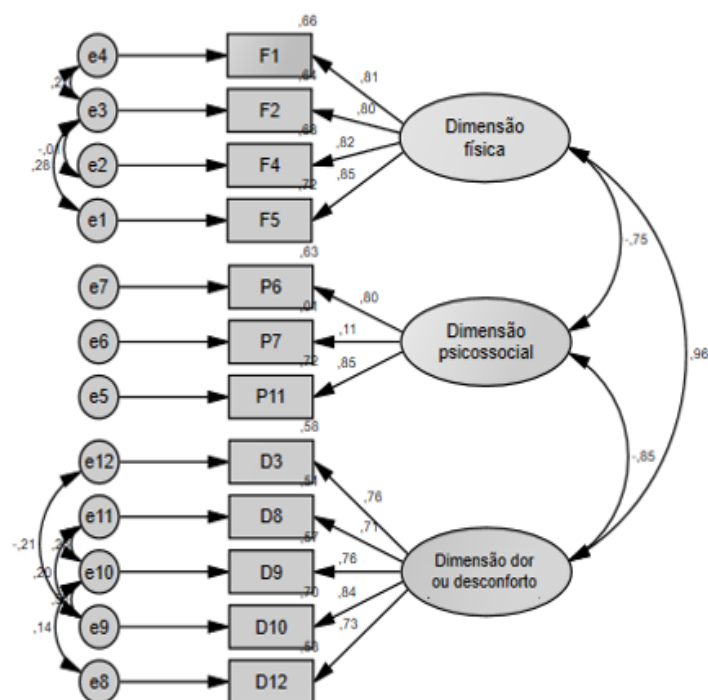


Figura 3 - Representação pictórica do modelo do GOHA.

Nota: F1 = Nos últimos 3 meses diminui a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes ou próteses (placa); F2 = Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar os alimentos; F4 = Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca; F5 = Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento; P6 = Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca; P7 = Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a sua boca; P11 = Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa dos problemas na boca; D3 = Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir os alimentos; D8 = Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca; D9 = Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o(a) deixou preocupado(a); D10 = Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso(a) por causa dos problemas na sua boca; D12 = Nos últimos 3 meses sentiu que os seus dentes ou gengivas ficaram sensíveis a alimentos líquidos

3.3. Estatísticas descritivas e diferenciais

Os resultados serão apresentados em duas fases. Num primeiro momento serão apresentadas as análises referentes à autopercepção da saúde oral (índice global) e posteriormente os resultados das três dimensões do GOHA.

3.3.1. Autopercepção da saúde oral - GOHAI (índice global)

A autopercepção da saúde oral reflete a experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar físico e psicossocial e influencia a forma como o mesmo encara os tratamentos dentários. Segundo Locker & Allen (2007) a avaliação da qualidade de vida relativa à saúde oral através do GOHAI permite compreender como o indivíduo, no seu dia-a-dia, percebe o seu bem-estar e procura melhorar a saúde oral.

Face a esta situação, procurou-se saber de que modo os três níveis da autopercepção da saúde oral (Alto, Moderado e Baixo) se relacionam com as variáveis sociodemográficas, as doenças mais frequentes, os fatores ambientais, as atividades de participação e as estruturas da boca.

Começou por se averiguar como os participantes no estudo, de uma forma geral, percebem a sua saúde oral, tendo-se constatado que os idosos a avaliaram favoravelmente, sendo que 50% apresentam uma autopercepção moderada (valores entre 30 e 33), 18,8% dos indivíduos apresentam uma elevada autopercepção da sua saúde oral com valores superiores a 33, e apenas 31,2% uma autopercepção baixa (valores inferiores a 30) (Tabela 17).

Tabela 17 - Autopercepção da saúde oral (índice global).

	N	%
Autopercepção baixa (menor que 30 pontos)	273	31,2
Autopercepção moderada (entre 30 e 33 pontos)	438	50,0
Autopercepção elevada (entre 34 e 36 pontos)	165	18,8

Os idosos do sexo masculino apresentam maior percentagem de autopercepção elevada (Masculino = 20,5%; Feminino = 17,5%) e consequentemente, melhores condições de saúde oral, sendo essa relação estatisticamente significativa ($\chi^2_{(2)} = 7,420$, $p < 0,05$) (Tabela 18).

A autopercepção da saúde oral não se encontra relacionada com a faixa etária, o estado civil, o nível de escolaridade, nem com o concelho de residência. Todavia, são os idosos com idades compreendidas entre os 64 e os 74 anos; os que são viúvos; e os que possuem escolaridade superior ao 1º CEB completo (antiga 4ª classe); e que residem no Alentejo Central que apresentam piores condições de saúde oral.

Tabela 18 - Autoperceção da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas					
	Total	Baixa < 30	Moderada 30-33	Elevada 34-36	p-value
Sexo					
Masculino	380 (43,4%)	100 (26,3%)	202 (53,2%)	78 (20,5%)	0,024*
Feminino	496 (56,6%)	173 (34,9%)	236 (47,6%)	87 (17,5%)	
Faixa etária					
Dos 65 aos 74 anos	371 (42,4%)	105 (28,3%)	192 (51,8%)	74 (19,9%)	0,399
Dos 75 aos 84 anos	402 (45,9%)	129 (32,1%)	201 (50,0%)	72 (17,9%)	
Mais de 85 anos	103 (11,8%)	39 (37,9%)	45 (43,7%)	19 (18,4%)	
Estado civil					
Solteiro(a)	50 (5,7%)	19 (38,0%)	25 (50,0%)	6 (12,0%)	0,520
Casado(a) / União de facto	540 (61,6%)	164 (30,4%)	272 (50,4%)	104 (19,3%)	
Viúvo(a)	275 (31,4%)	84 (30,5%)	137 (49,8%)	54 (19,6%)	
Divorciado(a)	11 (1,3%)	6 (54,5%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	
Nível de escolaridade					
Não sabe ler, nem escrever	270 (30,9%)	98 (36,3%)	120 (44,4%)	52 (19,3%)	0,299
1º CEB incompleto	221 (25,2%)	70 (31,7%)	113 (51,1%)	38 (17,2%)	
1º CEB completo	315 (36,0%)	85 (27,0%)	169 (53,7%)	61 (19,4%)	
Superior ao 1º CEB	70 (8,0%)	20 (28,6%)	36 (51,4%)	14 (20,0%)	
Concelho de residência					
Alto Alentejo	64 (7,3%)	14 (21,9%)	38 (59,4%)	12 (18,8%)	0,332
Alentejo Central	323 (36,9%)	94 (29,1%)	159 (49,2%)	70 (21,7%)	
Alentejo Litoral	257 (29,3%)	87 (33,9%)	125 (48,6%)	45 (17,5%)	
Baixo Alentejo	232 (26,5%)	78 (33,6%)	116 (50,0%)	38 (16,4%)	

Nota: * $p < 0,05$; 1º CEB = 1º Ciclo do Ensino Básico (antiga 4ª classe)

Foi, também, possível constatar que apenas as perturbações depressivas ($\chi^2_{(2)} = 5,131$, $p < 0,10$) se relacionam significativamente com a autoperceção da saúde oral, verificando-se que quanto mais elevada é a autoperceção de saúde oral maior é a probabilidade dos participantes sofrerem de sintomas depressivos.

3.3.1.1. Autoperceção da saúde oral - GOHAI e CIF

Atividades de Participação

No que diz respeito às atividades de participação, tornou-se necessário agrupar categorias, devido à desigualdade do tamanho dos grupos (Tabela 19). Assim, foram constituídos dois novos grupos: com dificuldade e sem dificuldade. Os resultados obtidos permitem concluir que todas as atividades de participação se encontram relacionadas com a autoperceção de saúde oral.

Constatou-se que independentemente da atividade e do nível de autopercepção da saúde oral, a maior parte dos participantes não revela dificuldades em produzir mensagens verbais (87,3%), conversar (79,3%), comer (93%) e/ou beber (93,9%).

Tabela 19 - Autopercepção da saúde oral em função das atividades de participação.

Atividades de participação					
	Total	Baixa < 30	Moderada 30-33	Elevada 34-36	<i>p-value</i>
Produzir mensagens verbais					
Sem dificuldade	765 (87,3%)	221 (28,9%)	393 (51,4%)	151 (19,7%)	0,001*
Com dificuldade	111 (12,7%)	52 (46,8%)	45 (40,5%)	14 (12,6%)	
Conversar					
Sem dificuldade	695 (79,3%)	182 (26,2%)	369 (53,1%)	144 (20,7%)	<0,001**
Com dificuldade	181 (20,7%)	91 (50,3%)	69 (38,1%)	21 (11,6%)	
Comer					
Sem dificuldade	815 (93,0%)	241 (29,6%)	410 (50,3%)	164 (20,1%)	<0,001**
Com dificuldade	61 (7,0%)	32 (52,5%)	28 (45,9%)	1 (18,7%)	
Beber					
Sem dificuldade	823 (93,9%)	247 (30,0%)	412 (50,1%)	164 (19,9%)	0,001*
Com dificuldade	53 (6,1%)	26 (49,1%)	26 (49,1%)	1 (1,9%)	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Fatores Ambientais

Os dados demonstram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a autopercepção de saúde oral e o facto da situação financeira satisfazer as necessidades básicas de saúde ($\chi^2_{(4)} = 18,621$, $p < 0,05$). Os fatores ambientais que se prendem com a existência de filhos, as pessoas com quem reside, exercício de trabalho remunerado, ser beneficiário do complemento solidário, ter utilizado o cheque dentista e ter consultado o médico dentista não têm qualquer relação com a autopercepção da saúde oral dos idosos que participaram no estudo (Tabela 20).

Tabela 20 - Autopercepção da saúde oral em função dos fatores ambientais.

Fatores ambientais					
	Total	Baixa < 30	Moderada 30-33	Elevada 34-36	<i>p-value</i>
Existência de filhos					
Sim	748 (85,4%)	237 (31,7%)	369 (49,3%)	142 (19,0%)	0,618
Não	128 (14,6%)	36 (28,1%)	69 (53,9%)	23 (18,0%)	
Com quem reside					
Família (e.g., filhos, netos)	89 (10,2%)	31 (34,8%)	40 (44,9%)	18 (20,2%)	0,107
Família e cônjuge	62 (7,1%)	18 (29,0%)	33 (53,2%)	11 (17,7%)	
Cônjuge	472 (53,9%)	158 (33,5%)	230 (48,7%)	84 (17,8%)	
Sozinho	208 (23,7%)	47 (22,6%)	114 (54,8%)	47 (22,6%)	
Instituição	45 (5,1%)	19 (42,2%)	21 (46,7%)	5 (11,1%)	
Situação financeira/saúde					
Totalmente	288 (35,4%)	66 (22,9%)	159 (55,2%)	63 (21,9%)	0,001*
Satisfatoriamente	310 (38,1%)	100 (32,3%)	151 (48,7%)	59 (19,0%)	
Não	216 (26,5%)	88 (40,7%)	90 (41,7%)	38 (17,8%)	
Exerce trabalho remunerado					
Sim	31 (3,5%)	9 (29,9%)	18 (58,1%)	4 (12,9%)	0,587
Não	845 (96,5%)	264 (31,2%)	420 (49,7%)	161 (19,1%)	
Beneficia complemento solidário					
Sim	78 (9,6%)	22 (28,2%)	44 (56,4%)	12 (15,4%)	0,372
Não	736 (90,4%)	232 (31,5%)	356 (48,4%)	148 (20,1%)	
Utilizou o cheque dentista					
Sim	10 (6,6%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	2 (20%)	0,793
Não	866 (93,4%)	269 (31,1%)	434 (50,1%)	163 (18,8%)	
Consultou MD últimos					
Sim	166 (18,9%)	50 (30,1%)	77 (46,4%)	39 (23,5%)	0,227
Não	710 (81,1%)	223 (31,4%)	361 (50,8%)	126 (17,7%)	

Nota: MD = Médico dentista; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Estruturas da boca

Todas as variáveis pertencentes às estruturas da boca se encontram significativamente relacionadas com a autopercepção da saúde oral, constatando-se que 43,2% dos idosos tem ausência total de dentes (edentulismo), 34,1% tem entre 1 a 12 dentes ausentes, 74,7% não tem nenhum dente reabilitado, 50,2% tem uma prótese no maxilar superior, 44,9% tem uma prótese no maxilar inferior e 29,5% tem dentição funcional (Tabela 21).

Tabela 21 - Autopercepção da saúde oral em função das estruturas da boca.

Estruturas da boca					
	Total	Baixa < 30	Moderada 30-33	Elevada 34-36	<i>p-value</i>
Dentes presentes					
30 a 32 dentes	20 (2,3%)	3 (15,0%)	12 (60,0%)	5 (25,0%)	<0,001**
21 a 29 dentes	127 (14,5%)	25 (27,6%)	66 (52,0%)	26 (20,5%)	
13 a 20 dentes	108 (12,3%)	51 (47,2%)	43 (39,8%)	14 (13,0%)	
1 a 12 dentes	243 (27,7%)	94 (38,7%)	112 (46,1%)	37 (15,2%)	
0 dentes	378 (43,2%)	90 (23,8%)	205 (54,2%)	83 (22,0%)	
Dentes ausentes					
30 a 32 dentes	275 (31,4%)	72(26,2%)	147 (53,5%)	56 (20,4%)	<0,001**
21 a 29 dentes	140 (16,0%)	61 (43,6%)	64 (45,7%)	15 (10,7%)	
13 a 20 dentes	110 (12,6%)	55 (50,0%)	48 (43,6%)	7 (6,4%)	
1 a 12 dentes	299 (34,1%)	76 (25,4%)	145 (33,1%)	78 (26,1%)	
0 dentes	52 (5,9%)	9 (17,3%)	34 (64,4%)	9 (17,3%)	
Dentes reabilitados					
30 a 32 dentes	32 (3,7%)	5 (15,6%)	22 (68,8%)	5 (15,6%)	<0,001**
21 a 29 dentes	122 (13,9%)	26 (21,3%)	59 (48,4%)	37 (30,3%)	
13 a 20 dentes	27 (3,1%)	10 (37,0%)	8 (29,6%)	9 (33,3%)	
1 a 12 dentes	41 (4,7%)	13 (31,7%%)	18 (43,9%)	10 (24,4%)	
0 dentes	654 (74,7%)	219 (33,5%)	331 (50,6%)	104 (15,9%)	
Prótese maxilar superior					
Sim	440 (50,2%)	113 (25,7%)	224 (50,9%)	103 (23,4%)	<0,001**
Não	436 (49,8%)	160 (36,7%)	214 (49,1%)	62 (14,2%)	
Prótese maxilar inferior					
Sim	393 (44,9%)	88 (22,4%)	206 (52,4%)	99 (25,2%)	<0,001**
Não	483 (55,1%)	185 (38,3%)	232 (48,0%)	66 (13,7%)	
Dentição funcional					
Sim	258 (29,5%)	55 (21,3%)	135 (52,3%)	68 (26,4%)	<0,001**
Não	618 (70,5%)	218 (35,8%)	303 (49,0%)	97 (15,7%)	

Nota: ** $p < 0,001$

Dimensões da CIF

Relativamente às dimensões da CIF foi possível constatar que à exceção das Estruturas relacionadas com o movimento, todas se encontram significativamente relacionadas com a autopercepção de saúde oral (Tabela 22).

Tabela 22 - Autopercepção da saúde oral em função das dimensões da CIF.

Dimensões da CIF					
	Total	Baixa < 30	Moderada 30-33	Elevada 34-36	p-value
Funções neuro músculo-esqueléticas					
Sem dificuldade	633 (72,3%)	174 (27,5%)	325 (51,3%)	134 (21,2%)	<0,05*
Dificuldade ligeira	206 (23,5%)	79 (38,3%)	97 (47,1%)	30 (14,6%)	
Dificuldade moderada	29 (3,3%)	17 (58,6%)	11 (37,9%)	1 (3,4%)	
Dificuldade grave	8 (0,9%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0 (0%)	
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos					
Sem dificuldade	405 (46,2%)	89 (22,0%)	222 (54,8%)	94 (23,2%)	<0,001**
Dificuldade ligeira	182 (20,8%)	68 (37,4%)	80 (44,0%)	34 (18,7%)	
Dificuldade moderada	216 (24,7%)	80 (37,0%)	107 (49,5%)	29 (13,4%)	
Dificuldade grave	53 (7,2%)	32 (50,8%)	23 (36,5%)	8 (12,7%)	
Dificuldade completa	10 (1,1%)	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 (0%)	
Comunicação					
Sem dificuldade	759 (86,6%)	215 (28,3%)	389 (51,3%)	155 (20,4%)	<0,05*
Dificuldade ligeira	78 (8,9%)	40 (51,3%)	30 (38,5%)	8 (10,3%)	
Dificuldade moderada	24 (2,7%)	11 (45,8%)	11 (45,8%)	2 (8,3%)	
Dificuldade grave	9 (1,0%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0 (0%)	
Dificuldade completa	6 (0,7%)	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0 (0%)	
Autocuidados					
Sem dificuldade	799 (91,2%)	235 (29,4%)	403 (50,4%)	161 (20,2%)	<0,05*
Dificuldade ligeira	31 (3,5%)	17 (54,8%)	11 (35,5%)	3 (9,7%)	
Dificuldade moderada	16 (1,8%)	6 (37,5%)	9 (56,3%)	1 (6,3%)	
Dificuldade grave	20 (2,3%)	10 (50,0%)	10 (50,0%)	0 (0%)	
Dificuldade completa	10 (1,1%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0 (0%)	
Estruturas relacionadas com o movimento					
Dificuldade moderada	826 (94,3%)	259 (31,4%)	407 (49,3%)	160 (19,4%)	0,356
Dificuldade grave	48 (5,5%)	13 (27,1%)	30 (62,5%)	5 (10,4%)	
Dificuldade completa	2 (0,2%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0%)	

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

3.3.2. Variáveis explicativas da baixa autopercepção da saúde oral dos idosos

Através do teste do Qui-Quadrado constatou-se que diversas variáveis se encontram relacionadas com a autopercepção de saúde oral dos idosos. Porém, apenas será analisada a baixa percepção da saúde oral dos idosos (variável dependente), pois é junto desta população que é pertinente intervir. Neste âmbito, serão consideradas as seguintes variáveis independentes: (i) variáveis sociodemográficas; (ii) doenças mais frequentes; (iii) atividades de participação; (iv) fatores ambientais; (v) estruturas da boca; (vi) e dimensões da CIF.

Para identificar as variáveis com maior valor preditivo recorreremos a uma análise de RLB (Tabela 23). Apenas foram reportadas as variáveis que têm um efeito significativo, motivo pelo qual não foi incluído o valor da constante.

Os resultados revelaram que ser do sexo feminino, não ter filhos, ter dificuldade no que diz respeito à conversação, comer e beber, a inexistência de próteses no maxilar superior e inferior e não ter uma dentição funcional, ter as Funções neuro músculo-esqueléticas e da Aprendizagem e aplicação de conhecimentos comprometidas influenciam significativamente a baixa autopercepção de saúde oral dos idosos.

Tabela 23 - Baixa autopercepção da saúde oral: fatores explicativos.

Variáveis explicativas	Baixa autopercepção da saúde oral (Odds ratio)
Sexo	1,670**
Existência de filhos	1,489*
Conversar	1,470*
Comer	2,108**
Beber	0,448**
Dentição funcional	2,305**
Prótese maxilar superior	0,544**
Prótese maxilar inferior	2,877***
Funções neuro músculo-esqueléticas	1,351*
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	1,228*
$\chi^2_{(27)} = 99,279$	

$R^2_{cs} = 0,107$; $R^2_N = 0,151$

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Perante os resultados obtidos ao longo do estudo, considerou-se pertinente testar o modelo teórico que se apresenta na Figura 4. A análise dos dados sugere que a ida a uma consulta de medicina dentária nos últimos 12 meses se encontra positivamente correlacionada com a utilização do cheque dentista ($\rho_s = 0,085$, $p < 0,005$) e que ambas as variáveis se relacionam significativamente com a presença de uma dentição funcional [consultou o médico dentista: $\chi^2_{(1)} = 11,732$, $p < 0,05$; utilizou o cheque dentista [$\chi^2_{(1)} = 4,543$, $p < 0,05$] que por sua vez está positivamente relacionada com a autopercepção de saúde oral (índice global) [$\chi^2_{(2)} = 22,756$, $p < 0,01$]. Devido à natureza das variáveis, a análise foi efetuada com recursos a testes não paramétricos.

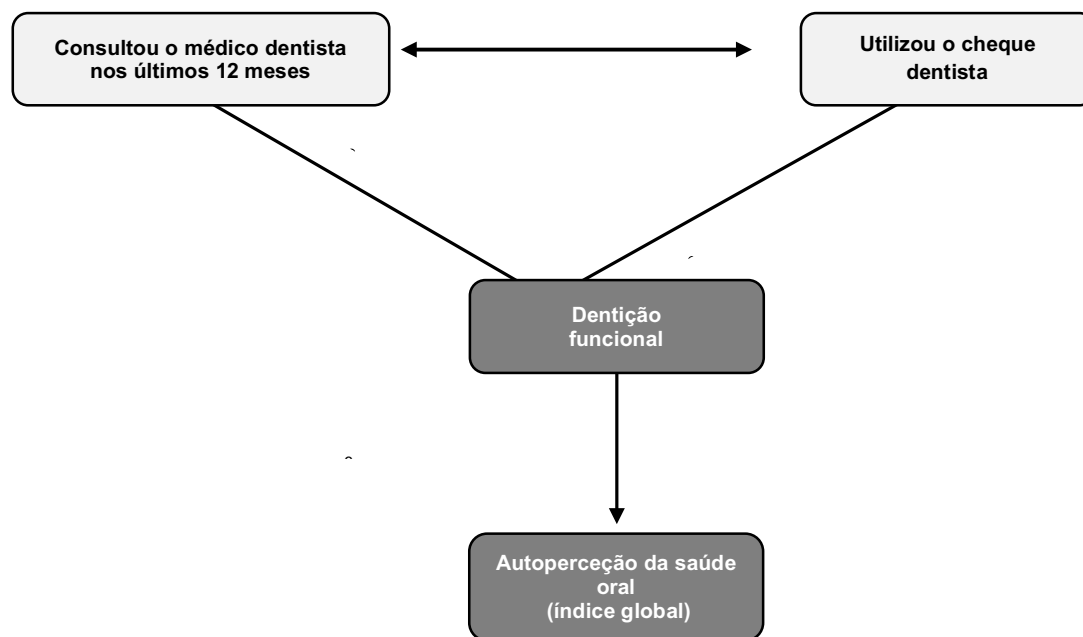


Figura 4 - Relação entre as variáveis relacionadas com a medicina dentária, a dentição funcional e a autopercepção da saúde oral dos idosos.

3.3.3. Dimensões da Saúde Oral - GOHAI

Para a definição dos itens que compõem cada uma das três dimensões, aplicou-se o processo referido na metodologia, tendo-se obtido a seguinte distribuição: **Dimensão Física** que inclui a limitação na escolha dos alimentos, problemas na mastigação, problemas na fala e desconforto a comer (questões 1, 2, 4 e 5); **Dimensão Psicossocial** que inclui a limitação e desconforto nos contactos sociais e o desconforto com a aparência (questões 6, 7 e 11); **Dimensão da Dor ou Desconforto** que inclui o desconforto ao engolir, o uso de medicação para a dor, a preocupação e a autoconsciência sobre os problemas da sua boca e a sensibilidade dentária (questões 3, 8, 9, 10 e 12).

A dimensão com valores médios mais baixos é a psicossocial, e como tal, a que se encontra mais comprometida (Tabela 24).

Tabela 24 - Dimensões do GOHAI.

Dimensões do GOHAI	Amplitude da variação	Média	Desvio-padrão
Dimensão física	4 a 12	4,16	1,04
Dimensão psicossocial	3 a 8	1,24	0,55
Dimensão dor ou desconforto	5 a 15	4,31	0,88

Perante estes resultados procurou-se identificar a frequência com que os problemas de saúde oral ocorrem em cada uma das dimensões (Tabela 25), tendo-se verificado que 51,5% dos idosos referiu nunca ter sentido dificuldade no que diz respeito à mastigação, fala e deglutição (dimensão física); 81,2% mencionou que a insatisfação com a aparência e a autoconsciência sobre a sua saúde oral os leva a evitar, muitas vezes, o contacto social; e 53,3% indicou que nunca recorre ao uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto relacionado com os seus problemas de saúde oral, o que vai em sentido contrário dos resultados obtidos anteriormente.

Tabela 25 - Frequências das dimensões do GOHAI.

Dimensões do GOHAI	n	%
Dimensão física		
Sempre	14	1,6
Muitas vezes	65	7,4
Algumas vezes	138	15,8
Raramente	208	23,7
Nunca	451	51,5
Dimensão psicossocial		
Sempre	711	81,2
Muitas vezes	127	14,5
Algumas vezes	30	3,4
Raramente	8	0,9
Nunca	0	0
Dimensão dor ou desconforto		
Sempre	4	0,5
Muitas vezes	40	4,6
Algumas vezes	106	12,1
Raramente	259	29,6
Nunca	467	53,3

Variáveis sociodemográficas

É possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão física em função do sexo ($Z = -2,852$, $p = 0,004$), do estado civil [$\chi^2_{(3)} = 7,191$, $p = 0,066$] e do nível de escolaridade [$\chi^2_{(3)} = 8,108$, $p = 0,044$] (Tabela 26).

Relativamente à dimensão psicossocial, constatou-se que as diferenças significativas ocorrem em função do sexo ($Z = -2,605$, $p = 0,009$), do estado civil [$\chi^2_{(3)} = 13,911$, $p = 0,003$] e do local de residência [$\chi^2_{(3)} = 5,365$, $p = 0,068$].

No que à dimensão dor e desconforto diz respeito, existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo ($Z = -2,993$, $p = 0,003$) e do local de residência [$\chi^2_{(2)} = 6,076$, $p = 0,048$]. Alguns resultados apresentam valores negativos, devido aos códigos numéricos atribuídos quando os dados foram introduzidos no programa estatístico SPSS.

Importa referir que em todas as dimensões, as mulheres apresentam valores médios mais elevados que os homens.

Tabela 26 - Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das variáveis sociodemográficas.

Dimensões	Variáveis sociodemográficas	Teste de comparação de médias
Dimensão física	Sexo	$Z = -2,852, p = \mathbf{0,004^{**}}$
	Idade	$\chi^2_{(2)} = 1,189, p = 0,552$
	Estado civil	$\chi^2_{(3)} = 7,191, p = \mathbf{0,066^*}$
	Nível de escolaridade	$\chi^2_{(3)} = 8,108, p = \mathbf{0,044^{**}}$
	Local de residência	$\chi^2_{(2)} = 3,962, p = 0,148$
Dimensão psicossocial	Sexo	$Z = -2,605, p = \mathbf{0,009^*}$
	Idade	$\chi^2_{(2)} = 1,174, p = 0,556$
	Estado civil	$\chi^2_{(3)} = 13,911, p = \mathbf{0,003^*}$
	Nível de escolaridade	$\chi^2_{(3)} = 2,897, p = 0,408$
	Local de residência	$\chi^2_{(2)} = 5,365, p = \mathbf{0,068^{**}}$
Dimensão dor ou desconforto	Sexo	$Z = -2,993, p = \mathbf{0,003^{**}}$
	Idade	$\chi^2_{(2)} = 0,861, p = 0,650$
	Estado civil	$\chi^2_{(3)} = 4,987, p = 0,173$
	Nível de escolaridade	$\chi^2_{(3)} = 4,462, p = 0,216$
	Local de residência	$\chi^2_{(2)} = 6,076, p = \mathbf{0,048^{**}}$

Nota: Z = Teste de *Mann-Whitney* ; χ^2 = Teste de *Kruskal-Wallis* ; * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$

Doenças mais frequentes

Para compararmos a diferença de médias entre os idosos que sofrem e os que não sofrem das doenças, recorremos a um teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para comparação de médias de amostras independentes, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do GOHAI em função das doenças mais comuns referidas pelos participantes no estudo.

Atividades de participação

Para facilitar a leitura dos dados as atividades de participação foram dicotomizadas em: com dificuldade e sem dificuldade. Os resultados obtidos revelam que as diferenças significativas ocorrem na dimensão física no grupo de idosos que tem dificuldades em comer ($Z = -2,130, p = 0,033$) e beber ($Z = -2,419, p = 0,016$) (Tabela 27).

Tabela 27 - Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das atividades de participação.

Dimensões	Atividades de participação	Teste de comparação de médias
Dimensão física	Produzir mensagens verbais	$Z = -1,076, p = 0,282$
	Conversar	$Z = -0,781, p = 0,435$
	Comer	$Z = -2,130, p = \mathbf{0,033^*}$
	Beber	$Z = -2,419, p = \mathbf{0,016^*}$
Dimensão psicossocial	Produzir mensagens verbais	$Z = -0,572, p = 0,567$
	Conversar	$Z = -1,433, p = 0,152$
	Comer	$Z = -1,559, p = 0,119$
	Beber	$Z = -1,121, p = 0,262$
Dimensão dor ou desconforto	Produzir mensagens verbais	$Z = -1,545, p = 0,122$
	Conversar	$Z = -0,715, p = 0,475$
	Comer	$Z = -1,438, p = 0,150$
	Beber	$Z = -1,310, p = 0,190$

Nota: Z = Teste de *Mann-Whitney* ; χ^2 = Teste de *Kruskal-Wallis* ; * $p < 0,05$

Fatores Ambientais

Ao analisarmos os fatores ambientais, verificou-se que apenas existem diferenças significativas na dimensão física ($Z = -1,826, p = 0,068$) e na dimensão psicossocial ($Z = -1,959, p = 0,050$) entre os idosos que têm e não têm filhos. As restantes variáveis pertencentes ao grupo dos fatores ambientais, não apresentam diferenças significativas em nenhuma das dimensões.

Estruturas da boca

As análises estatísticas efetuadas revelam a existência de diferenças significativas na dimensão física em função da (in)existência de prótese no maxilar superior ($Z = -1,772, p = 0,076$); na dimensão psicossocial em função do número de dentes ausentes [$\chi^2_{(4)} = 8,300, p = 0,081$]; na dimensão dor ou desconforto em função do número de dentes presentes [$\chi^2_{(4)} = 10,727, p = 0,030$], ausentes [$\chi^2_{(4)} = 13,190, p = 0,010$] e da (in)existência de próteses no maxilar superior ($Z = -1,865, p = 0,062$) e inferior ($Z = -1,751, p = 0,080$) (Tabela 28).

Tabela 28 - Comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das estruturas da boca.

Dimensões	Estruturas da boca	Teste de comparação de médias
Dimensão física	Dentes presentes	$\chi^2_{(4)} = 8,464, p = 0,076$
	Dentes ausentes	$\chi^2_{(4)} = 5,756, p = 0,218$
	Dentes reabilitados	$\chi^2_{(4)} = 4,173, p = 0,383$
	Prótese no maxilar superior	$Z = -1,772, p = \mathbf{0,076^*}$
	Prótese no maxilar inferior	$Z = -1,593, p = 0,111$
	Dentição funcional	$Z = -0,097, p = 0,923$
Dimensão psicossocial	Dentes presentes	$\chi^2_{(4)} = 5,868, p = 0,209$
	Dentes ausentes	$\chi^2_{(4)} = 8,300, p = \mathbf{0,081^*}$
	Dentes reabilitados	$\chi^2_{(4)} = 5,142, p = 0,273$
	Prótese no maxilar superior	$Z = -0,190, p = 0,850$
	Prótese no maxilar inferior	$Z = -0,990, p = 0,322$
	Dentição funcional	$Z = -0,222, p = 0,825$
Dimensão dor ou desconforto	Dentes presentes	$\chi^2_{(4)} = 10,727, p = \mathbf{0,030^{**}}$
	Dentes ausentes	$\chi^2_{(4)} = 13,190, p = \mathbf{0,010^{**}}$
	Dentes reabilitados	$\chi^2_{(4)} = 5,331, p = 0,255$
	Prótese no maxilar superior	$Z = -1,865, p = \mathbf{0,062^*}$
	Prótese no maxilar inferior	$Z = -1,751, p = \mathbf{0,080^*}$
	Dentição funcional	$Z = -0,573, p = 0,567$

Nota: Z = Teste de Mann-Whitney ; χ^2 = Teste de Kruskal-Wallis ; * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$

Dimensões da CIF

Procurou-se, ainda, analisar a existência de diferenças nas médias das dimensões do GOHAI em função das dimensões da CIF. Importa referir que apenas foram consideradas as dimensões que apresentaram uma consistência interna superior a 0,70, nomeadamente: as Funções neuro músculo-esqueléticas, a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, a Comunicação, os Autocuidados e as Estruturas relacionadas com o movimento. Estas dimensões são avaliadas numa escala de cinco pontos (Qualificadores CIF: entre 0 e 4) que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria. Neste estudo os códigos foram alterados e oscilam entre 1 e 5 (Tabela 29).

Tabela 29 - Qualificadores CIF.

Código	Extensão da funcionalidade	Incapacidade
1	NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0 a 4%
2	Problema LIGEIRO (leve, pequeno)	5 a 24%
3	Problema MODERADO (médio, regular)	25 a 49%
4	Problema GRAVE (grande, extenso)	50 a 95%
5	Problema COMPLETO (total)	96 a 100%

A comparação de médias das dimensões do GOHAI em função das dimensões da CIF, revelou que as diferenças apenas ocorrem entre a dimensão física e a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos ($\chi^2_{(4)} = 9,589, p = 0,048$). Uma análise *post hoc* revelou que estas diferenças ocorrem entre os participantes que não têm qualquer dificuldade nesta dimensão e os que têm uma dificuldade grave.

2.3.3.1. Associação entre variáveis

Seguidamente procurou-se verificar a associação entre as dimensões do GOHAI e as variáveis sociodemográficas, as doenças mais comuns, os fatores ambientais, as atividades de participação, as estruturas da boca e as dimensões da CIF. Os resultados obtidos revelaram que não existem correlações entre nenhuma das dimensões do GOHAI e as doenças e as estruturas da boca (Tabela 30).

Constatou-se, ainda, que a correlação mais elevada é a que decorre da relação entre a dimensão psicossocial e o facto de ter sido utilizado o cheque dentista (Sim / Não) ($\rho_s = -0,108, p < 0,001$), seguindo-se o ter consultado o médico dentista nos últimos 12 meses (Sim / Não) ($\rho_s = -0,079, p < 0,005$) e por não se encontrar institucionalizado ($\rho_s = -0,079, p < 0,005$).

A dimensão dor ou desconforto correlaciona-se negativamente com a utilização do cheque dentista ($\rho_s = -0,091, p < 0,001$) o que sugere que a dor ou desconforto diminui quando os idosos fazem uso do mesmo.

Relativamente à dimensão física verificou-se que a mesma se encontra correlacionada com o local de residência ($\rho_s = -0,074, p < 0,004$), o exercício de trabalho remunerado ($\rho_s = -0,076, p < 0,001$), com a inexistência de dificuldade em produzir mensagens verbais ($\rho_s = -0,091, p < 0,001$). Os resultados obtidos apresentam valores negativos, porque quando os dados foram introduzidos no programa estatístico SPSS, foram atribuídos valores inferiores às respostas positivas. Os resultados revelam, ainda, uma associação significativamente negativa entre a dimensão física e a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos ($\rho_s = -0,082, p < 0,05$), o que sugere que quanto mais comprometida está esta dimensão da CIF, menor é a perceção que os participantes têm acerca dos problemas de saúde oral na dimensão física.

Procurou-se, também, apurar a relação existente entre as estruturas da boca e as dimensões da CIF, tendo-se constatado que a associação mais forte é a que ocorre entre a ausência de dentes e a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos e ($\rho_s = -0,190, p < 0,001$) e as Funções neuro músculo-esqueléticas ($\rho_s = -0,188, p < 0,001$).

Tabela 30 - Correlação entre as estruturas da boca e as dimensões da CIF.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dentes Presentes (1)	-										
Dentes Ausentes (2)	-0,464**	-									
Dentes Reabilitados (3)	-0,281**	-0,625**	-								
Dentição Funcional (4)	-0,040	0,718**	-0,700**	-							
Prótese MS (5)	0,383**	0,100**	-0,425**	0,323**	-						
Prótese MI (6)	0,424**	0,088**	-0,419**	0,334**	0,834**	-					
F1 (7)	0,085*	-0,188**	0,141**	-0,157**	-0,093**	-0,057	-				
F2 (8)	0,156**	-0,190**	0,082*	-0,161**	-0,133**	-0,081*	0,344**	-			
F3 (9)	0,062	-0,177**	0,114**	-0,145**	-0,127**	-0,105**	0,284**	0,493**	-		
F4 (10)	0,098**	-0,141**	0,064	-0,121**	-0,062	-0,022	0,468**	0,402**	0,436**	-	
F5 (11)	0,056	-0,133**	0,074*	-0,084*	-0,051	-0,044	0,167**	0,069*	0,101**	0,159**	-

Nota: *p < 0,05; **p < 0,001; Prótese MS = Prótese maxilar superior; Prótese MI = Prótese maxilar inferior; F1 = Funções neuro músculo-esqueléticas; F2 = Aprendizagem e aplicação de conhecimentos; F3 = Comunicação; F4 = Autocuidados; F5 = Estruturas relacionadas com o movimento

4. Análise do modelo conceptual em estudo

Perante os resultados obtidos nas análises anteriores procurou-se testar o modelo teórico das dimensões do GOHAI (Figura 1). Foi efetuada uma análise de regressão múltipla pelo método *Enter*, que além do coeficiente de determinação (R^2) nos fornece os coeficientes β , através dos quais é possível verificar o impacto que as diferentes variáveis independentes têm na predição das variáveis dependentes (Marôco, 2014). Devido ao grande número de variáveis, optou-se por apresentar apenas as que têm um efeito significativo nas respetivas dimensões.

A análise estatística permitiu concluir que o modelo linear é estatisticamente significativo [$F_{(37,838)} = 1,052$, $p < 0,05$] e que 14,7% da variação da dimensão física é explicada pela faixa etária, o local de residência, as pessoas com quem o idoso reside e o exercício de trabalho remunerado (Tabela 31).

Tabela 31 - Variáveis explicativas da dimensão física do GOHAI (Regressão linear múltipla).

Variáveis explicativas	Beta
Faixa etária	-0,080**
Produzir mensagens verbais	-0,094**
Conversar	0,071*
Comer	0,070**
R ² ajustado	0,147**
$F_{(37,838)}$	1,052

Nota: * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$

Verificou-se que 4,7% da variação da dimensão psicossocial é explicada pelo conjunto das variáveis preditoras (utilização do cheque dentista, pela dificuldade de beber, número de dentes presentes, ausentes e reabilitados (Tabela 32).

Tabela 32 - Variáveis explicativas da dimensão psicossocial do GOHAI (Regressão linear múltipla).

Variáveis explicativas	Beta
Utilização do cheque dentista	-0,096**
Beber	-0,174*
Dentes presentes	0,263**
Dentes ausentes	0,234*
Dentes reabilitados	0,283**
R ² ajustado	0,047**
$F_{(37,838)}$	1,169

Nota: * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$

Apurou-se que a faixa etária, a existência de doença renal, a utilização do cheque dentista e a existência de prótese no maxilar superior explicam 3,8% da variação da dimensão dor ou desconforto (Tabela 33).

Tabela 33 - Variáveis explicativas da dimensão dor ou desconforto do GOHAI (Regressão linear múltipla).

Variáveis explicativas	Beta
Faixa etária	-0,073*
Doença renal	-0,063*
Utilização do cheque dentista	0,074**
Prótese no maxilar superior	0,114*
R ² ajustado	0,038**
F _(37,838)	0,809

Nota: * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$

De salientar que nenhuma das dimensões da CIF é preditora das dimensões física, psicossocial e da dor ou desconforto do GOHAI.

5. Perfil dos idosos relativamente à autoperceção da saúde oral

A maioria dos idosos (70,5%) não tem uma dentição funcional, 50,2% tem uma prótese no maxilar superior e 44,9% tem prótese no maxilar inferior (Tabela 34).

Tabela 34 - Identificação das variáveis em estudo.

Variáveis		N	%
Dentição funcional	Sim	258	29,5
	Não	618	70,5
Prótese maxilar superior	Sim	440	50,2
	Não	436	49,8
Prótese maxilar inferior	Sim	383	44,9
	Não	483	55,1

Os idosos com baixa autoperceção de saúde oral não têm uma dentição funcional, nem próteses nos maxilares superior e inferior; por outro lado, os idosos com moderada/elevada autoperceção oral têm uma dentição funcional e próteses nos maxilares superior e inferior (Figura 5).

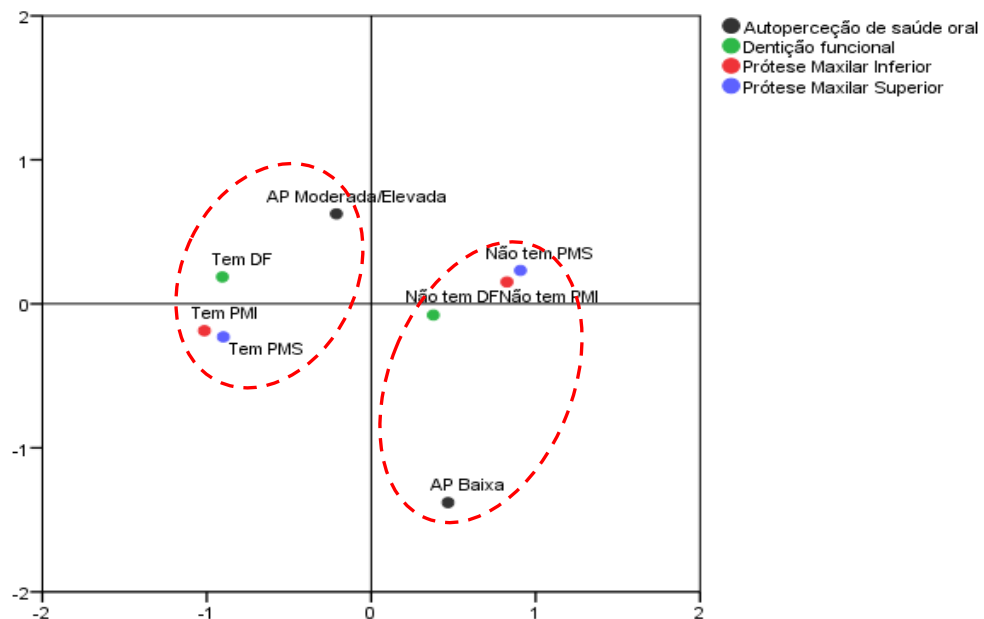


Figura 5 - Perfis dos idosos segundo a autoperceção da saúde oral.

Considerou-se, ainda, pertinente identificar o perfil dos idosos em cada grupo: baixa autoperceção de saúde oral e moderada/elevada autoperceção de saúde oral, segundo o sexo, a idade e o local onde vivem.

O grupo de idosos com baixa autoperceção de saúde oral é maioritariamente constituído por mulheres, com mais de 85 anos e que residem no Baixo Alentejo. Por outro lado, são os homens com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, que residem no Alentejo Central que se constituem o grupo com moderada/elevada autoperceção de saúde oral (Figura 6).

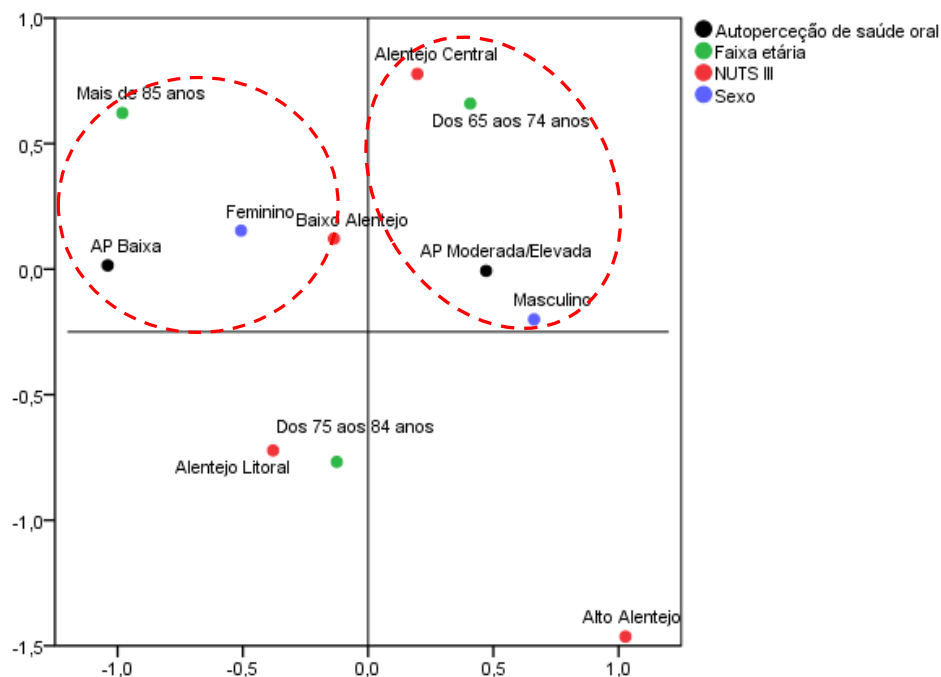


Figura 6 - Autoperceção de saúde oral segundo o sexo, idade e local de residência dos participantes no estudo.

Foi possível verificar que a dimensão relacionada com o uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto é a que apresenta valores médios mais elevados ($M = 4,31$; $DP = 0,88$) o que sugere que esta é a dimensão que se encontra menos comprometida, pois os itens que a compõem encontram-se numa escala que oscila entre 1 = (acontece) sempre a 5 = nunca (acontece). Por outro lado, a dimensão psicossocial, representada pela preocupação com a saúde oral, satisfação ou insatisfação com a aparência e evitamento de contacto social devido a problemas orais, é a que se encontra mais afetada ($M = 1,24$; $DP = 0,55$).

As mulheres exibem valores médios mais elevados em todas as dimensões do GOHAI, revelando que os homens apresentam piores condições de saúde oral.

A análise estatística revelou que a produção de mensagens verbais é a variável que mais prediz a variação dos valores da dimensão física; o número de dentes reabilitados a que mais influencia a dimensão psicossocial; e a existência de prótese no maxilar superior a que mais explica a dimensão dor ou desconforto.

No que diz respeito à autoperceção da saúde oral constatou-se que 50% dos idosos apresentam valores moderados em relação a esta categoria.

As variáveis independentes que se encontram significativamente relacionadas com a autoperceção da saúde oral são: o sexo, as perturbações depressivas, a capacidade de

produzir mensagens verbais, conversar, comer e beber, a satisfação das necessidades básicas de saúde, o número de dentes presentes, ausentes e reabilitados, a existência de próteses no maxilar superior e inferior e a dentição funcional.

Após estes resultados procurou-se identificar as variáveis que mais explicam a autoperceção da saúde oral, tendo-se verificado que quanto maior é o número de dentes reabilitados, melhores são as condições de saúde oral dos idosos.

Foi, ainda, possível constatar que a ida a consultas de medicina dentária, nos últimos 12 meses, se correlaciona positivamente com a utilização do cheque dentista e que estes dois aspetos se encontram significativamente relacionados com a dentição funcional, que por seu turno se relaciona positivamente com a autoperceção da saúde oral. Perante o exposto, podemos concluir que quanto maior for a utilização dos cheques dentista melhores serão as condições de saúde oral dos idosos que participaram no estudo.

Por fim, verificou-se que os idosos com baixa autoperceção de saúde oral são maioritariamente do sexo feminino, com mais de 85 anos, que residem no Baixo Alentejo, que não têm uma dentição funcional, nem próteses nos maxilares superior e inferior.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciámos esta investigação convictos que os fatores associados à autoperceção da saúde oral da população idosa, do Alentejo, permitem identificar as suas necessidades e apoiar o planeamento dos serviços de saúde.

Para responder aos objetivos definidos no trabalho foi desenvolvido um estudo epidemiológico e transversal, assente numa abordagem observacional e analítica, cujos dados foram recolhidos no âmbito de um projeto mais amplo que pretende determinar o perfil de funcionalidade da população idosa do Alentejo, tendo por base a CIF. Segundo Henriques et al. (2007) a recolha de dados epidemiológicos permite quantificar as condições de saúde oral e facilita o planeamento dos serviços de saúde.

Silva et al. (2010) acrescentam que a avaliação das necessidades da população através da CIF visa providenciar uma linguagem padronizada que permite descrever a saúde e os seus estados relacionados, tendo por base os indicadores de incapacidade. Face a esta situação, nas últimas décadas, têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos que incidem na informação sobre o diagnóstico e a funcionalidade, pois só assim é possível obter uma visão holística sobre a condição de saúde da população.

A saúde oral não é exceção e é neste contexto que surgem os indicadores sócio dentários e de qualidade de vida, pois quando estas dimensões se encontram comprometidas não afetam apenas os aspetos clínicos, mas também as atividades do dia-a-dia e a qualidade de vida das pessoas. Navazesh e Kumar (2009) defendem que a saúde oral não pode ser considerada apenas como a ausência de cáries ou doença periodontal, porque o peso que tem sobre o bem-estar e ausência de dor ou desconforto, que possibilitam às pessoas ter uma vida funcional, é bastante significativo.

Apesar do crescente interesse sobre esta temática, a maior parte das investigações que se dedicam ao estudo da saúde oral baseiam-se apenas em indicadores clínicos da doença e são raros os que se debruçam sobre a autoperceção das pessoas acerca da mesma, nomeadamente, no que diz respeito ao bem-estar, mal-estar ou dor e as suas consequências na qualidade de vida. Com este trabalho procurou-se aprofundar os conhecimentos nesta área e ajudar a colmatar esta lacuna.

Deste modo, os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos específicos inicialmente delineados, começando por expor os que se relacionam com a identificação dos códigos CIF mais utilizados na construção de instrumentos de avaliação aplicados em termos internacionais aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, em particular no que diz respeito às Estruturas do corpo (onde estão incluídas as estruturas da boca) e Atividades de participação (e.g., produzir mensagens verbais,

conversar, comer, beber).

Para o efeito foi incluído, no instrumento de recolha de dados, um odontograma onde foram registados o número de dentes presentes, ausentes e reabilitados e a partir do qual foi possível calcular a taxa prevalência de edentulismo, caracterizar a dentição dos participantes (funcional / não funcional) e identificar a utilização de próteses dentárias removíveis.

Recorreu-se, ainda, ao indicador sócio dentário e de qualidade de vida GOHAI e a fatores ambientais (e.g., complemento solidário, utilização do cheque dentista, consultar o médico dentista nos últimos 12 meses) que se encontram associados à autoperceção da saúde oral e que são determinantes para compreender a funcionalidade e o bem-estar da população em estudo.

Os resultados obtidos revelam que apesar de 61,8% dos inquiridos terem uma deficiência moderada a completa no que diz respeito às estruturas da boca e apenas 2,3% terem todos os dentes presentes, 81,1% dos participantes referiu não ter consultado um médico dentista nos últimos 12 meses. Esta situação pode ser explicada pelo facto de mais de 60% dos idosos ter mencionado que a situação financeira não satisfaz as suas necessidades básicas de saúde. Neste sentido, Bravo (2009) e Barros et al. (2011) referem que o facto de ser o próprio a assumir diretamente os custos dos tratamentos constitui uma barreira, cada vez maior, no que diz respeito aos cuidados de saúde oral, pois impede as famílias com menores rendimentos de aceder aos mesmos.

Verificou-se, ainda, que 18,8% dos inquiridos tem um número elevado de respostas da categoria “sempre” o que significa que possuem uma elevada perceção e piores condições de saúde oral. Resultados muito superiores foram encontrados por Ribeiro et al. (2010) em Portugal e Dan e Jun-Qi (2011) para a população chinesa, com 72% dos idosos a referir que necessita de tratamento dentário.

Segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 (OMD, 2016), 69,1% dos portugueses perceciona a saúde oral como sendo mais cara do que as restantes áreas médicas, 72,4% efetua o pagamento no momento da consulta ao médico dentista e apenas 0,4% referiram recorrer ao SNS para usufruir de consultas gratuitas.

Esta situação é preocupante, porque a saúde oral além de incidir diretamente na prevenção/tratamento das doenças da boca, também afeta a fala, a mastigação e a deglutição e pode agravar outras doenças sistémicas (e.g., diabetes, neoplasias). Além do mais, muitas vezes, provoca constrangimentos no processo de socialização e conduz ao isolamento das pessoas.

Considerando que as doenças orais são possíveis de prevenir, este é certamente um

panorama desnecessário, em particular na faixa etária mais avançada, cuja interação social, geralmente, já é reduzida (Lourenço & Barros, 2016).

Constatou-se que 60% dos participantes têm mais de 13 dentes ausentes, sendo que em 31,4% a ausência varia entre 30 e 32 dentes. No mesmo sentido vão os estudos de Bozdemir, Yilmaz e Orhan (2016), segundo os quais na Turquia, 21,2% da população idosa é edentula. Colussi e Freitas (2002), por sua vez, referem que no Brasil existe uma elevada prevalência de edentulos (68%).

Relativamente aos dentes reabilitados, verificou-se que cerca de 80% dos idosos têm menos de 12 dentes reabilitados e 74,7% não tem nenhum. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva et al. (2011), num estudo realizado com idosos com 65 anos ou mais, segundo o qual a proporção de indivíduos com menos de 20 dentes presentes foi de 82,8%. Conclusões similares foram mencionadas no Barómetro de Saúde Oral 2015, que revelou que 54% dos portugueses que têm falta de dentes naturais não têm nada a substituí-los e apenas 28% dos portugueses possui dentição completa (OMD, 2016).

A análise dos dados revelou que 70,5% dos idosos não tem uma dentição funcional e que existem mais pessoas a usar prótese no maxilar superior ($n = 440$) do que no maxilar inferior ($n = 393$), apesar da diferença ser pouco relevante. Estes resultados vão ao encontro dos apresentados no Eurobarómetro (Eurostat, 2010) que revelam que menos de 50% dos europeus possuem uma dentição funcional. Silva et al. (2011), por sua vez, referem que 38,2% dos idosos, que participaram no seu estudo, usavam prótese dentária em ambos os maxilares.

Por outro lado, foi possível constatar que 81,2% dos idosos não sabe o que é o cheque dentista e dos 17,5% que têm conhecimento do mesmo, apenas 1,1% já o utilizou. Resultados idênticos foram mencionados por Silva et al. (2011) que afirmam que a principal razão pela qual estes serviços não são procurados é a falta de conhecimento acerca dos mesmos. Estas conclusões vão ao encontro do estudo desenvolvido pela Ordem dos Médicos Dentistas, em 2015, segundo o qual 61% da população portuguesa referiu não saber que o SNS disponibiliza serviços de medicina dentária e 59,5% desconhece a existência do cheque-dentista. Esta situação, pode dever-se ao facto de o programa do cheque dentista ser pouco divulgado junto dos médicos de medicina geral e familiar e serem estes que os prescrevem, motivo pelo qual é urgente rever a sua promoção junto destes profissionais.

Perante o exposto, verifica-se que a investigação sobre o estado de saúde oral nas

peessoas com 65 anos ou mais, se revela bastante pertinente e com interesse para a Saúde Pública, porque além de contribuir para compreender a funcionalidade e o bem-estar desta população, ajuda a colmatar a lacuna no que diz respeito à escassez de estudos sobre esta temática em Portugal.

Esta investigação também pretendeu contribuir para o desenho e validação de um instrumento de registo das dimensões da funcionalidade, designadamente no que diz respeito à influência das estruturas da boca (e.g., dentição funcional, próteses maxilar superior e inferior, dentes presentes, ausentes e reabilitados) nas dimensões de funcionalidade da CIF – Funções neuro músculo-esqueléticas, Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, Comunicação, Autocuidados e Estruturas relacionadas com o movimento.

Os dados revelaram que à exceção das Estruturas relacionadas com o movimento, todas as dimensões da CIF se encontram significativamente associadas à autoperceção de saúde oral. Verificou-se, ainda, que a inexistência de próteses, não ter uma dentição funcional, ter as Funções neuro músculo-esqueléticas e da Aprendizagem e aplicação de conhecimentos comprometidas influenciam significativamente a baixa autoperceção de saúde oral dos idosos.

A autoperceção dos idosos relativamente à sua saúde oral também é fortemente influenciada pelo uso de prótese dentária, que em Portugal é usada por 62,6% da população idosa (Carvalho et al., 2016; Lourenço & Barros, 2016; OMD, 2016).

Seguidamente, procurou-se caracterizar a condição de saúde oral da população idosa do Alentejo. Para o efeito começou por se estudar a autoperceção dos idosos através do indicador sócio dentário e de qualidade de vida GOHAI. Assim, num primeiro momento foram analisados os indicadores psicométricos do instrumento.

Os resultados obtidos a partir da análise exploratória são coerentes com o postulado na literatura (e.g., Atchison & Dolan, 1990; Atchison, 1997; Carvalho et al., 2013; Cousson Bessadet, Nicolas, Veyrune, Lesourd, & Lassauzay, 2011; Cornejo, Pérez, Lima, Casals Peidro, & Borrell, 2013) segundo a qual a autoperceção dos idosos inclui a dimensão física, a dimensão psicossocial e a dimensão de dor/desconforto.

O valor obtido no teste KMO (0.93) reflete uma adequada variância dos fatores (Marôco, 2014) e os índices de consistência interna para as três dimensões extraídas e para a escala global apresentam coeficientes de alfa de *Cronbach* superiores a 0,70, o que indica que do ponto de vista da fiabilidade o questionário se revela bastante adequado. O teste-reteste da versão portuguesa do GOHAI revelou a existência de uma correlação significativa entre os resultados obtidos nas duas aplicações, o que sugere que o

instrumento é fidedigno em termos de estabilidade temporal.

A variabilidade dos dados foi analisada através do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* que revelou que os mesmos não se encontram distribuídos de acordo com os padrões de normalidade.

A AFC demonstra a inexistência de multicolinearidades e a ausência de itens redundantes, o que revela um bom ajustamento do modelo (Hoyle & Panter, 1995; MacCallum & Austin, 2000). É, ainda, possível observar a existência de covariações positivas fortes entre as três dimensões, o que revela resultados satisfatórios no que diz respeito à validade de constructo (Hair et al., 2009).

Diversos estudos defendem que a avaliação da qualidade de vida relativa à saúde oral, através do GOHAI, permite compreender de que modo as pessoas percecionam o seu bem-estar e procuram melhorar a saúde oral (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al. 2013; Díaz-Cárdenas et al., 2012; Silva et al., 2011). Segundo estes autores, a autoperceção da saúde oral exerce uma importante influência na forma como os tratamentos dentários são encarados.

Os resultados obtidos revelam que, de um modo geral, os participantes no estudo têm uma perceção razoável acerca da sua saúde oral, pois 50% apresentam uma autoperceção moderada, 18,8% referiu uma elevada autoperceção e apenas 31,2% uma autoperceção baixa. Estes valores são semelhantes aos encontrados na versão original (Atchison & Dolan, 1990), na versão portuguesa (Carvalho et al., 2016) e em diversos estudos realizados na China, Japão (Naito, 2006) e Arábia (Atieh, 2008), que revelaram que a maioria dos idosos inquiridos avaliam favoravelmente a sua saúde bucal. Silva et al. (2011) referem que, na maior parte das vezes, os idosos avaliam a sua saúde oral de forma positiva, mesmo quando a condição clínica não é satisfatória, pois não têm noção da necessidade de tratamento.

Procurou-se averiguar como os problemas de saúde oral afetam os idosos, em cada uma das dimensões, tendo-se obtido os seguintes resultados: 51,5% mencionou que nunca sentiu dificuldades ao nível da mastigação, fala e deglutição (dimensão física); 81,2% sentem-se insatisfeitos com a aparência o que, frequentemente, os leva a evitar o contacto social; e 53,3% referiu que nunca recorre ao uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto relacionado com os seus problemas de saúde oral.

O domínio do GOHAI mais afetado foi o psicossocial, o que sugere que os idosos têm tendência para limitar o contacto com outras pessoas devido à aparência dos seus dentes. Resultados semelhantes já tinham sido encontrados por Furtado, Forte e Leite (2011), por Cárdenas, Vergara e Martínez (2012) e por Carvalho et al. (2016) segundo

os quais a dimensão psicossocial é a mais comprometida, pois os idosos sentem-se constrangidos quando comem ao pé de outras pessoas.

Fonseca, Almeida e Silva (2011), afirmam que o incómodo sentido ao deglutir alimentos constitui uma limitação bastante preocupante nesta faixa etária. Conclusões idênticas já tinham sido referidas por Sheiham, Steele, Marcenes, Tsakos, Finch e Walls (2001) no estudo que desenvolveram com esta população. Segundo os autores, o impacto da perda de dentes reflete-se largamente na ingestão de alimentos, pois 30% dos idosos, com 65 anos ou mais, mencionou ter grandes dificuldades em mastigar e 12% alterou a composição das suas refeições e o método de cozinhar os alimentos para poder mastigar mais facilmente. Cousson et al., (2011) acrescentam que esta situação pode causar desnutrição e se a mesma não for detetada a tempo pode contribuir para o agravamento de manifestações clínicas associadas às doenças crónicas e aumentar o risco de mortalidade.

No que diz respeito à prevalência de edentulismo foi possível verificar que 43,2% dos idosos tem ausência total de dentes e apenas 29,5% tem dentição funcional, valores que vão ao encontro dos obtidos no Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2014) segundo o qual cerca de 600 mil pessoas sofria de edentulismo e mais de metade tinha idade superior a 65 anos. Lourenço e Barros (2016) acrescentam que Portugal continua a apresentar um dos piores indicadores de saúde oral da Europa.

Apesar do edentulismo ser uma constante nesta faixa etária, Bozdemir, Yilmaz e Orhan (2016) afirmam que este fenómeno tem vindo a diminuir nos últimos anos, verificando-se uma diminuição de mais de 25 pontos percentuais entre 1988 (75%) e 2004 (48%) na população com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos.

Os resultados revelam, ainda, que a autoperceção da saúde oral é inversamente proporcional ao número de dentes ausentes, pelo que quanto menos dentes a pessoa tiver mais baixa é a sua perceção da saúde oral. Estas conclusões são corroboradas por Steele et al. (2004) e Nunes (2012) que afirmam que o número de dentes presentes é um fator determinante da autoperceção da saúde oral.

Ekanayke e Perera (2005) relataram que a avaliação da saúde oral é mais favorável nos idosos com mais de 20 dentes presentes. No mesmo sentido vão os trabalhos de Vanobbergen e De Visschere (2010), segundo os quais o número de dentes presentes influencia significativamente a qualidade de vida das pessoas, porque além de limitar as funções nutricionais, de fonação e estéticas, também afeta largamente as relações sociais. Silva et al. (2011) acrescentam que os idosos com 20 ou menos dentes

presentes têm uma autopercepção da saúde oral mais baixa que os idosos que possuem mais dentes.

Resultados semelhantes foram encontrados ao nível das dimensões, verificando-se que quanto maior for o número de dentes ausentes maiores são as dificuldades na dimensão física, psicossocial e dor/desconforto. Segundo Haikal, Paula, Martins, Moreira e Ferreira (2011) quanto menor é o número de dentes presentes maior é a tendência para a autopercepção da saúde oral ser negativa.

Relativamente ao uso de prótese dentária removível na população edentula constatou-se que 50,2% dos idosos usam prótese no maxilar superior e 44,9% usam no maxilar inferior, sendo que desses participantes cerca de 23% tem uma elevada autopercepção da saúde oral. Valores análogos foram encontrados no Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 (OMD, 2016), que revelou que 66,8% dos portugueses que têm prótese ou dentadura em pelo menos um dos maxilares avaliam favoravelmente a sua saúde oral.

Ao analisarmos as dimensões do GOHAI, verificou-se que existem diferenças significativas na dimensão física em função da existência de prótese no maxilar superior e na dimensão dor ou desconforto em função e da existência de próteses no maxilar superior e inferior, sendo que quem não possui próteses tem uma percepção mais baixa relativamente à sua saúde oral. De acordo com Silva et al. (2011) o uso de próteses encontra-se diretamente associado a valores mais elevados de autopercepção de saúde oral nas dimensões psicossocial e dor/desconforto. Porém, Costa et al. (2010) aludem que mesmo com ausência total de dentes, um grande número de pessoas não utiliza as suas próteses porque as mesmas lhes provocam desconforto, alterações no discurso, problemas de aceitação física, diminuição da autoestima, dificuldade de socialização, sentimentos de envelhecimento e de humilhação.

Para determinar se a dentição existente está afetada do ponto de vista funcional e estético foi efetuada uma comparação de médias em função do número de dentes presentes, tendo-se verificado que apenas existem diferenças significativas na dimensão dor ou desconforto, sendo que quanto menor for a ausência de dentes, menores são as dificuldades nesta dimensão.

Pretendeu-se, ainda, relacionar a autopercepção da saúde oral obtida através do GOHAI com a prevalência de edentulismo, o acesso aos Serviços de Saúde e as variáveis sociodemográficas. A análise dos dados revelou que quanto menor for a prevalência de edentulismo mais elevada é a percepção da saúde oral. Resultados semelhantes foram encontrados relativamente ao acesso aos serviços de saúde, verificando-se que quando a situação financeira satisfaz as necessidades básicas de saúde, a percepção da saúde

oral é mais elevada. Na mesma linha, vão os estudos desenvolvidos por Silva et al. (2005) que referem que o rendimento se encontra diretamente relacionado com a média de dentes presentes.

Conclusões idênticas foram encontradas por Carvalho et al. (2013) num estudo realizado com idosos inscritos no ACES de Lisboa Norte, segundo o qual a situação de saúde desta população depende significativamente do rendimento familiar. Neste âmbito, Silva et al. (2010) salientam que as condições precárias de saúde oral, de uma forma geral, se encontram associadas a condições socioeconómicas desfavoráveis.

O Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 (OMD, 2016) revela que 34,3% dos portugueses nunca visitam o médico dentista ou apenas o fazem em caso de urgência. Segundo este estudo, a pouca regularidade de visitas ao médico dentista reside, principalmente, no facto de os portugueses pensarem que não têm necessidade ou na falta de recursos financeiros darem prioridades aos filhos. Verifica-se uma diferença significativa entre classes sociais, no que diz respeito ao número de consultas de medicina dentária por ano, sendo que as classes sociais mais baixas marcam menos consultas para este fim.

O estudo desenvolvido pela OMD (2016) também refere que 46,7% dos portugueses não visitam o médico dentista há mais de um ano e os que o visitaram são, essencialmente, mulheres, jovens, do Interior Norte e de classe social mais elevada. Importa referir que 90% dos portugueses inquiridos se encontram satisfeitos com o seu médico dentista e para os restantes 10%, os motivos de insatisfação prendem-se essencialmente com os preços praticados.

Através dos nossos resultados, foi possível constatar que o exercício de trabalho remunerado, ser beneficiário do complemento solidário, ter utilizado o cheque dentista e ter consultado o médico dentista não têm qualquer relação com a autoperceção da saúde oral dos idosos. Porém, os resultados sugerem que a ida a uma consulta de medicina dentária, nos últimos 12 meses, se encontra positivamente correlacionada com a utilização do cheque dentista e que ambas as variáveis se relacionam significativamente com a presença de uma dentição funcional.

Segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 (OMD, 2016), existe uma correlação negativa entre a falta de dentes e a regularidade nas visitas ao médico dentista, sendo que quanto maior é a falta de dentes, menor é a regularidade de visitas.

Relativamente às variáveis sociodemográficas verificou-se que as mulheres apresentam menor percentagem de autoperceção elevada, o que sugere que apresentam piores condições de saúde oral. A faixa etária, o estado civil, o nível de

escolaridade e o concelho de residência, por sua vez, não se encontram significativamente relacionados com a autoperceção da saúde oral. Contudo, constatou-se que são os idosos pertencentes à faixa etária dos 64 aos 74 anos; os que são viúvos; e os que possuem escolaridade superior ao 1º CEB completo (antiga 4ª classe); e que residem no Alentejo Central que apresentam piores condições de saúde oral. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Miranda (2014) e Carvalho et al. (2016) que revelaram que são os idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos que têm uma autoperceção mais elevada sobre a gravidade dos seus problemas em saúde bucal.

No que às doenças diz respeito verificou-se que apenas as perturbações depressivas têm uma relação significativa com a autoperceção da saúde oral, verificando-se que quanto mais baixa é a autoperceção de saúde oral, menor é a probabilidade de os participantes sofrerem de sintomas depressivos. Estes resultados são idênticos aos obtidos por Bozdemir et al. (2016) num estudo sobre a saúde oral, em que participaram 709 pessoas, com 60 anos ou mais, e segundo os quais 52,4% dos idosos tomam antidepressivos. Segundo os autores, a depressão é mais comum nesta faixa etária do que na população geral, o que constitui uma importante fonte de preocupação, pois a incidência relatada ronda os 50% nos idosos que se encontram institucionalizados ou que vivem sozinhos.

Face a esta situação, Cárdenas et al. (2010) alertam para o facto de que sendo a dimensão psicossocial a mais afetada pela autoperceção da saúde oral e, como tal, a que mais fomenta o isolamento dos idosos, é urgente intervir junto desta população, de forma a reduzir o seu afastamento da sociedade e melhorar a sua qualidade de vida. Segundo Colussi e Freitas (2002), a perda total de dentes (edentulismo) ainda é considerada, pela sociedade, como algo normal e natural que ocorre com o avanço da idade e não como o reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, pelo que é necessário chamar a atenção de que é possível manter os dentes até às idades mais avançadas.

Nos países mais desenvolvidos, como a Dinamarca, a Alemanha e o Luxemburgo, parece existir uma maior preocupação com a saúde oral, o que pode ser confirmado pela existência de programas preventivos destinados à população idosa e pelas melhores condições de saúde bucal em que a mesma se encontra (TNS Opinion & Social, 2010).

Ao analisar a prevalência de edentulismo em função das dimensões do GOHAI verificaram-se diferenças significativas na dimensão física em função da existência de

prótese no maxilar superior; na dimensão psicossocial em função do número de dentes ausentes; e na dimensão dor ou desconforto em função do número de dentes presentes e ausentes e da existência de próteses no maxilar superior e inferior. Estes resultados sugerem que quando os idosos usam próteses, seja no maxilar superior e inferior, têm menos dificuldades no que diz respeito à mastigação, à fala e deglutição e recorrem a menos medicamentos para aliviar a dor ou desconforto.

No que às variáveis sociodemográficas diz respeito existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, do estado civil e do nível de escolaridade nas dimensões física e psicossocial, sendo as mulheres, os participantes viúvos e os que possuem o 1º CEB completo que apresentam os valores mais elevados. Na dimensão psicossocial e na dor e desconforto também se constatarem diferenças significativas em função do local de residência.

Ao relacionar a autoperceção da saúde oral obtida através do GOHAI com a dentição funcional e estética, verificou-se que a inexistência de próteses e o facto de não ter uma dentição funcional influenciam significativamente a baixa autoperceção de saúde oral dos idosos. Neste contexto, Tirth (2012) refere que o edentulismo pode afetar substancialmente a saúde oral e a qualidade de vida do indivíduo.

Procurou-se, também, relacionar os indicadores de saúde oral com as características da funcionalidade da população idosa do Alentejo, tendo-se constatado que apenas existem diferenças significativas entre a dimensão física e a Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, principalmente entre os participantes que não têm qualquer dificuldade nesta dimensão e os que têm uma dificuldade grave.

Os resultados obtidos permitem, ainda, concluir que todas as atividades de participação – produzir mensagens verbais, conversar, comer, beber – se encontram relacionadas com a autoperceção de saúde oral. Porém, independentemente do nível de autoperceção da saúde oral, a maior parte dos participantes não revela dificuldade em nenhuma das atividades referidas.

Por último, pretendeu-se traçar o perfil dos idosos relativamente à autoperceção da saúde oral e verificou-se a existência de dois grupos distintos. O primeiro grupo é formado pelos idosos com baixa autoperceção de saúde oral, que não têm uma dentição funcional, nem próteses nos maxilares superior e inferior. Este grupo é maioritariamente constituído por participantes do sexo feminino, que têm mais de 85 anos e que residem no Baixo Alentejo.

O segundo grupo é composto pelos idosos com moderada/elevada autoperceção oral que têm uma dentição funcional e próteses nos maxilares superior e inferior. Deste

grupo fazem parte os participantes do sexo masculino, que têm idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos e que residem no Alentejo Central.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES

1. Considerações finais

Pretendeu-se com este estudo averiguar se a autoperceção da saúde oral dos idosos se encontra associada ao estado de saúde oral da população alentejana, tendo-se usado para o efeito o indicador sócio dentário e de qualidade de vida GOHAI.

À semelhança de estudos anteriores, realizados com a população portuguesa (e.g., Carvalho et al., 2013; Carvalho et al., 2016), o instrumento revelou ter boas qualidades psicométricas, o que sugere que o mesmo é adequado para avaliar a qualidade de vida da saúde oral dos idosos.

A análise dos dados, permitiu concluir que 68,8% dos idosos perceciona a sua saúde oral como sendo moderada a elevada e que a dimensão do GOHAI que se encontra menos afetada é a que diz respeito ao uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto. Por outro lado, a dimensão psicossocial é a que se revela mais comprometida, o que sugere que os idosos se preocupam com a sua aparência e que esta (in)satisfação, muitas vezes, conduz ao evitamento de contacto social. Foi, ainda, possível constatar que são os participantes do sexo masculino que revelam piores condições de saúde oral, pois as mulheres apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões do GOHAI. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Cornejo et al. (2013), segundo os quais 68,1% das mulheres referiu ter elevada autoperceção de saúde oral e das quais 8,8% mencionou ter visitado o médico dentista nos últimos 12 meses, o dobro da percentagem verificada para os homens (3,6%).

Os resultados obtidos demonstram que a produção de mensagens verbais é a variável com maior impacto na dimensão física; o número de dentes reabilitados a que mais influencia a dimensão psicossocial; e a existência de prótese no maxilar superior a que mais explica a dimensão dor ou desconforto.

A análise dos dados, também, revelou que as variáveis que se encontram relacionadas com a autoperceção da saúde oral são: o sexo, as perturbações depressivas, a capacidade de produzir mensagens verbais, conversar, comer e beber, a satisfação das necessidades básicas de saúde, o número de dentes presentes, ausentes e reabilitados, a existência de próteses no maxilar superior e inferior e a dentição funcional.

Foi, ainda, possível verificar que quanto maior é o número de dentes reabilitados, melhor são as condições de saúde oral e mais elevada é a autoperceção dos idosos. Também se constatou que a ida a consultas de medicina dentária nos últimos 12 meses se

correlaciona positivamente com a utilização do cheque dentista e que estes dois aspetos se encontram significativamente relacionados com a dentição funcional que, por seu turno, se relaciona positivamente com a autoperceção da saúde oral. Estes resultados sugerem que quando os idosos utilizam o cheque dentista têm melhores condições de saúde oral.

A Declaração de Tóquio sobre Cuidados de Saúde Dentários e Saúde Oral para uma Longevidade Saudável refere que a manutenção destes cuidados é um fator essencial em qualquer idade, principalmente nas mais avançadas, porque permite proteger, prevenir e diminuir o agravamento das doenças não transmissíveis e contribuir para uma vida mais saudável (WHO, 2015a).

No entanto, verifica-se que em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde oral é bastante condicionado pelos custos relativamente elevados dos tratamentos e pela reduzida cobertura do SNS, o que se reflete na baixa procura por estes serviços (Lourenço & Barros, 2016).

Por último, apurou-se que os idosos do sexo feminino, com mais de 85 anos, que residem no Baixo Alentejo, que não têm uma dentição funcional, nem próteses nos maxilares superior e inferior, apresentam uma baixa autoperceção de saúde oral.

No mesmo sentido vão os estudos de Silva et al. (2011) que revelam que entre os fatores que mais influenciam a perceção de saúde oral se encontram o número de dentes presentes e ausentes e o uso de próteses.

2. Limitações do estudo

Como limitações do presente estudo, reporta-se a extensão do questionário, que poderá ter causado uma certa saturação e monotonia na resposta e, consequentemente, algum enviesamento dos resultados. Importa, ainda, referir a dificuldade de interpretação das questões e de algum vocabulário, incluído no questionário, por parte de alguns inquiridos.

Outra das limitações prende-se com as questões de resposta aberta, que conduziu a grande contradição nas respostas dadas e consequente dificuldade na sua interpretação.

Salienta-se, também, o facto de a amostra incidir apenas numa região do país (Alentejo), o que transporta consigo a limitação dos dados não poderem ser generalizados para a população portuguesa.

O facto de não ter sido realizado um exame clínico mais completo juntamente com o questionário, constitui outra das limitações, pois não permitiu avaliar o comportamento das condições clínicas da cavidade bucal em relação à autopercepção de cada um dos participantes e vice-versa.

Também teria sido interessante incluir questões acerca dos hábitos de higiene oral (e.g., frequência de escovam, uso de elixir e fio dentário) e relacionar as respostas com a autopercepção dos inquiridos.

3. Perspetivas futuras

De acordo com a literatura (e.g., Atchison & Dolan, 1990; Matos & Lima-Costa, 2006; Silva et al., 2011; Silva & Fernandes, 2001) a avaliação da condição de saúde oral realizada pelos profissionais de saúde deve ser complementada com indicadores de autopercepção por parte dos idosos, relativamente à sua condição de saúde oral e às necessidades de tratamento, pois só a partir desta avaliação multidimensional é possível intervir e responder de forma eficaz às necessidades desta população.

Perante o exposto, considera-se importante desenvolver novas investigações de forma a colmatar as lacunas anteriormente referidas. É, ainda, pertinente utilizar o GOHAI como instrumento de medida da autopercepção da saúde oral dos idosos, nas consultas realizadas nos Centros de Saúde, por forma a encaminhá-los para as consultas de medicina dentária/estomatologia.

Segundo Sánchez-García et al. (2010), é necessário desenvolver procedimentos e ações educativas e preventivas para a população idosa, pois é urgente mudar a crença de que uma saúde oral precária é natural do processo de envelhecimento e que não pode ser modificada. Deste modo, é primordial consciencializar esta população para a importância de mudar os hábitos que condicionam o seu comportamento relativamente à saúde oral e acerca das suas necessidades reais de tratamento.

É difícil estimar as condições de saúde oral e as necessidades de tratamento da próxima geração de idosos, pelo que é cada vez mais necessário recolher dados epidemiológicos que permitam conhecer a prevalência de edentulismo, nesta faixa etária, e desenvolver programas direccionados para esta população, pois em Portugal

ainda são bastante escassos. Neste sentido, importa salientar a necessidade de reformular as políticas públicas no que diz respeito aos problemas específicos da terceira idade, entre os quais se inclui a falta de dentes. Assim, além das medidas educativas e preventivas, devem ser instituídas medidas reabilitadoras mais abrangentes e não só para os beneficiários do complemento solidário para idosos, uma vez que a falta de dentes transporta consigo outros problemas de saúde, agrava os que já existem e piora a qualidade de vida da população idosa (Colussi & Freitas, 2002).

Este estudo representa, assim, uma mais-valia e um ponto de partida para que possamos conhecer melhor as condições de saúde oral dos idosos utilizadores dos cuidados de saúde primários. Os resultados obtidos evidenciam, ainda, a utilidade do GOHAI, enquanto instrumento orientador das estratégias de planeamento e promoção da saúde bucal direccionadas para uma melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

A OMS (WHO, 2015b) preconiza que os sistemas de saúde oral devem ser direccionados para a prevenção da doença e para os cuidados de saúde primários, com especial incidência na satisfação das necessidades dos grupos populacionais mais desfavorecidos. Neste âmbito, os governos e os profissionais de saúde devem sensibilizar a população relativamente à saúde oral e à prevenção das doenças orais. Por outro lado, é importante criar serviços de cuidados de saúde oral que incluam a prevenção, o diagnóstico precoce e a intervenção ao nível do tratamento e reabilitação de problemas de saúde oral, de acordo com as necessidades da população e dos recursos disponíveis.

A criação de uma rede nacional de cuidados de saúde oral, para a população portuguesa, onde a prevenção seja uma prioridade e o tratamento de qualidade adequado às necessidades de cada um, tanto a médio como a longo prazo, deveria ser uma das prioridades do século XXI. Além do mais, os médicos dentistas têm vindo a demonstrar interesse em integrar os quadros do SNS, através de uma carreira específica. Com esta integração, as Unidades de Saúde Oral contariam com médicos dentistas, higienistas orais e assistentes dentários (Lourenço & Barros, 2016).

Face a esta situação, propõe-se a realização de um grupo de reflexão com vários especialistas na área da saúde oral, com algum poder de decisão relativamente às Políticas de Saúde Pública, no sentido de tentar encontrar soluções que procurem responder às necessidades desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albert SM. The Aging U.S. Population. In Lamster IB, Northridge ME, editors. Improving Oral Health for the Elderly. New York: Springer; 2008. p. 3-13.
2. Algurén B, Lundgren-Nilsson A, Sunnerhagen K. Functioning of stroke survivors: a validation of the ICF core set for stroke in Sweden. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(7): 551-559.
3. APS. Os seguros de saúde privados no contexto do Sistema de Saúde Português. Lisboa: Associação Portuguesa de Seguradores; 2009.
4. APS. Panorama do Mercado Segurador. Lisboa: Associação Portuguesa de Seguradores; 2011.
5. Atchison KA. The general oral health assessment index (The Geriatric Oral Health Assessment Index). In Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 71-80.
6. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*. 1990;54(11):680-687.
7. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2008;25(1):34-41. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x
8. Balderas FA., Cervantes, BA., Rosales, CS, Cortés, EC. Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Asociación Dental Mexicana*. 2010;67(1);21-25.
9. Barbour RS. Introducing Qualitative Research: A Student's Guide to the Craft of Doing Qualitative Research. London: SAGE Publications; 2008. p. 66-89.
10. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(4):1-156.
11. Barros P, Simões JA. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2007;9(5):1-140.
12. Bautz-Holter E, Sveen U, Cieza A, Geyh S, Roe C. Does the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. *European Journal of Physical & Rehabilitation Medicine*. 2008; 44(4):387-397.
13. Behncke S. Does retirement trigger ill health? *Health Economics*. 2012;21(3):282-300.
14. Bickenbach JE. Disability and equality. *Journal of Law and Equality*. 2003a;2(1):7-15.

15. Bickenbach JE. Functional status and health information in Canada: proposals and prospects. *Health Care Financing Review*. 2003b; 24(3):89-102.
16. Bourgeois DM, Llodra JC, editors. *Health Surveillance in Europe: European Global Oral Health Indicators Development Project: Final Report 2003-2005* [em linha]. Lyon: European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General; 2011 [consultado 10 Julho 2016]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_frep_03b_en.pdf3w2q
17. Bozdemir E, Yilmaz HH, Orhan H. General health and oral health status in elderly dental patients in Isparta, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2016;22(8):579-585.
18. Brach M, Cieza A, Stucki G, Füssl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF Core Sets for breast cancer. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;(44):121-127.
19. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J*. 2009;59(2):78-82. doi:10.1922/IDJ_2035Cortes05
20. Bravo M, San Martín L, Casals E, Eaton KA, Widström E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member state. *British Dental Journal*. 2015;219:547-551. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.922
21. Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealant and fluoride varnish in caries: a randomized trial. *J Dent Res*. 2005;84(12):1138-43. doi: 10.1177/154405910508401209
22. Campos AC. *Reformas da saúde: o fio condutor*. Almedina: Coimbra; 2008.
23. Cárdenas SD, Vergara KA, Martínez KR. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):9-16. doi:10.4321/S1699-695X2012000100003
24. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Rev Saude Publica*. 2016;50:53. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006311
25. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):166-172. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.10.002
26. Carvalho H. *Análise Multivariada de Dados Qualitativos: utilização da ACM com o SPSS*. Lisboa: Silabo; 2008.
27. Cieza A., Chatterji S., Andersen C., Cantista P, Herceg M, Melvin, J, et al. ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the*

- UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 2004;(44):128-134.
28. Colussi CF, Freitas SF. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002;18(5):1313-1320.
 29. Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd). Deliberação nº 227 /2007: aplicável aos tratamentos de dados pessoais efectuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde. Lisboa: CNPD; 2007.
 30. Cornejo M, Pérez G, Lima KC, Casals Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):e285-e292. doi:10.4317/medoral.18280
 31. Costa EH, Saintrain MV, Vieira AP. Self-perception of oral health condition of the institutionalized and non-institutionalized elders. *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2925-2930.
 32. Cousson PY, Bessadet M, Nicolas E, Veyrune JL, Lesourd B, Lassauzay C. Nutritional status, dietary intake and oral quality of life in elderly complete denture wearers. *Gerodontology*. 2011;29(2):e685-e692 doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.
 33. Dan W, Jun-Qi, L. Factors associated with the oral health-related quality of life in elderly persons in dental clinic: validation of a Mandarin Chinese version of GOHAI. *Gerodontology*. 2011; 28:184-191. doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00360.x
 34. Díaz-Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012;5(1):9-16. doi:10.4321/S1699-695X2012000100003
 35. Direção Regional de Saúde (DRS). Plano Regional de Saúde Oral 2009-2012 [em linha]. Lisboa: DRS; 2009 [consultado 11 setembro 2016]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/430449/PRSaudeOral.pdf>
 36. Direção-Geral da Saúde (DGS). Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos beneficiários do complemento solidário: circular normativa. Lisboa: DGS; 2008.
 37. Direção-Geral da Saúde (DGS). Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção 2010. Lisboa: DGS; 2012.
 38. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional da Saúde Oral. Lisboa: DGS; 2005.
 39. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e Avaliação do Risco em Saúde Oral. Lisboa: DGS; 2006.
 40. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: DGS; 2016.

41. Direção-Geral da Saúde (DGS). Saúde com + futuro: Plano Estratégico 2014-2016. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 2014.
42. Ekanayke L, Perera I. Perceived need for dental care among dentate older individuals in Sri Lanka. *Spec Care Dentist*. 2005;25(4):199-205.
43. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: ERS; 2014.
44. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Plano de actividades para 2011. Lisboa: ERS; 2010.
45. European Commission (EC). Demographic balance and crude rates. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011b.
46. European Commission (EC). Economia, Key figures on Europe 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011a.
47. European Commission (EC). Population, Europe in figures: Eurostat yearbook 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
48. Eurostat. Population structure and ageing [em linha]. European Commission; 2010 [consultado 17 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT: New European Population projections2008-2060&PUBLICACOESmodo=230](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT:_New_European_Population_projections2008-2060&PUBLICACOESmodo=230).
49. Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist. *J Rehabil Med*. 2004;44:22-29.
50. Fonseca P, Almeida A, Silva AM (2011). Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2011;59(2):193-200.
51. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RA. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 1997;(51):573-576.
52. Furness S, Glenny AM, Worthington HV, Pavitt S, Oliver R, Clarkson JE, et al. Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;8(9):CD006386. doi: 10.1002/14651858.CD006386.pub2.
53. Furtado DG, Forte FD, Leite DF. Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011;15(2):183-90. doi:10.4034/RBCS.2011.15.02.08
54. Grill E, Joisten S, Swoboda W, Stucki G. Early-stage impairments and limitations of functioning from the geriatric ICF core set as determinants of independent living

- in older patients after discharge from post-acute rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007a;39(8):591-597.
55. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007b; 39:71-76.
 56. Grosse-Tebbe S, Figueras J. Snapshots of health systems [em linha]. Copenhagen: WHO - European Observatory on Health Systems and Policies; 2005 [consultado 10 julho 2016]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/
 57. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2010.
 58. Haikal DS, Paula AM, Martins AM, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3317-3329.
 59. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A german version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:34-42.
 60. Henriques C, Telarolli R, Loffredo LC, Montandon AA, Campos JA. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara. *Cienc Odontol*. 2007;10(3):67-73.
 61. Holst D. Varieties of Oral Health Care Systems. *Public Dental Services: Organisation and Financing of Oral Health Care Services in the Nordic Countries*. In Pine C, Harris R, editors. *Community Oral Health*. Chicago: Quintessence Publishing; 2007. p. 467-477.
 62. Hosmer D, Lemeshow S, Sturdivant R. *Applied logistic regression*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
 63. Hoyle RH, Panter AT. (1995). Writing about structural equation models. In Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995. p. 158-176.
 64. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *British Medical Journal*. 2011;343(d4163); 235-237. doi: 10.1136/bmj.d4163.
 65. Ingham B, Chirijevskis A, Carmichael F. (2009). Implications of an increasing old-age dependency ratio: The UK and Latvian experiences compared. *Pensions: An International Journal*. 2009;14(4):221-230. doi:10.1057/pm.2009.16

66. Instituto da Segurança Social (ISS). Estatísticas: Complemento Solidário para Idosos [em linha]. Lisboa: ISS; 2014 [consultado 25 outubro 2016]. Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>.
67. Instituto de Informática. Estatísticas da Segurança Social [em linha]. Lisboa: Instituto de Informática; 2015 [consultado 5 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>
68. Instituto Nacional de Estatística (INE). As pessoas [em linha]. Lisboa: INE; 2011b [consultado 17 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=inepublicacoes>
69. Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2011: resultados definitivos: Portugal [em linha]. Lisboa: INE, 2012. [consultado 7 fevereiro 2017]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos
70. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas da Saúde 2013. Lisboa: INE; 2015.
71. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estimativas Anuais da População Residente. Lisboa: INE; 2011a.
72. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Inquérito Nacional de Saúde 2006/2006: dados gerais. Lisboa: INS; 2007.
73. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa: INS; 2014.
74. Joaquim AM, Wyatt CC, Aleksejuniene J, Gregghi SL, Pegoraro LF, Kiyak HA. A comparison of the dental health of Brazilian and Canadian independently living elderly. *Gerodontology*. 2010; 27(4):258-65. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00340.x.
75. Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ. Ética clínica. Barcelona: Editorial Ariel; 2005.
76. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: user's reference guide. Lincolnwood: Scientific Software International; 1996.
77. Kayser AF. Minimum number of teeth needed to satisfy functional and social demands. In Frandsen A, editor. Public health aspects of periodontal disease. Chicago: Quintessence; 1984. p. 135-147.
78. Kline P. A Psychometrics Primer. London: Free Association Books; 2000.
79. Koop CE. Oral Health 2000. Second National Consortium Advance Program; 1993: 2.
80. Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. 2015 Manual of dental practice 2015. Wales: Council of European Dentists; 2015.

81. Kravitz AS, Bullock A. Manual of dental practice 2014. Wales: Council of European Dentists; 2014.
82. Kravitz AS, Treasure ET. Manual Dental Practice 2008 [em linha] Wales: Council of European Dentists; 2008 [consultado 10 março 2016]. Disponível em: <http://www.ond.pt/md/europa/cedmanual/2008/ced-manual-2008>
83. Lebrão ML. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
84. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M. Modelos de provisión y financiación en odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. In Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 413-424.
85. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M. Salud Oral y sistemas de atención odontológicos en la Unión Europea: tendencias epidemiológicas y modelos organizativos. In Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson, 2013. p. 233-242.
86. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(6):401-411.
87. Lopes M, Escoval A, Mendes F, Pereira D, Pereira C, Carvalho C, et al. Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: relatório final. Direção Geral da Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.
88. Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral: universalização. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2016.
89. MacCallum RC, Austin JT. Applications of structural equation modeling in psychological research. Annual Review of Psychology. 2000;51(1):201-226. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.201>
90. MacEntee MI. An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. Community Dent Health. 2006;23:5-14.
91. Mariño R, Abala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. Arch Gerontol Geriatr. 2013;56(3):513-517. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.004
92. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2014.
93. Martin R. The importance and limits of law in the protection of public health: opening lecture. In Proceedings of the Conference: The importance and limits of

Law in the protection of Public Health. Lisboa: Observatório Permanente da Justiça, Associação Sindical de Juízes Portugueses, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2009.

94. Martinez L, Ferreira A. Análise de dados com SPSS. Lisboa: Escolar Editora; 2007.
95. Martincorena FJ. Medición de la salud y la enfermedad en odontología comunitária. In Sala EC, García PB, editors. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 337-369.
96. Matos DL, Lima-Costa MP (2006). Auto-avaliação da Saúde Bucal entre adultos e idosos residentes na região sudeste: resultados do Projecto SB-Brasil, 2003. *Revista de Saúde Pública*. 2006;22(8);1699-1707.
97. Mello AL, Erdmann AL, Brondani M. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. *Gerodontology*. 2010;27(1):41-46.
98. Mendonça BM, Simões R, Araújo AC, Caldas AF, Silva PV. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):775-784.
99. Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas: 2014. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
100. Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas: 2015. Lisboa: Ministério da Saúde; 2016.
101. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(2):251-69. DOI:10.1590/S1809-98232011000200007
102. Momberg JM. Políticas de Salu: Ética en la Asignación de recursos. In Calvente, MM, organizador. *Ética y Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 77-87.
103. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):717-731.
104. Navazesh M, Kumar SK. Xerostomia: prevalence, diagnosis, and management. *Compend Contin Educ Dent*. 2009;30(6):326-332.
105. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006;66(4):273-5.
106. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da

saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):415-28.
DOI:10.1590/S1415-790X2012000200019

107. Observatório da Saúde Oral. Os números da Ordem 2015. Lisboa: OMD; 2016.
108. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015. Lisboa: OMD; 2016.
109. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: DGS; 2004.
110. Ottolenghi L, Bourgeois D. European Global Oral Health Indicators Development Project: Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Overviews. Milano: Quintessenza Edizioni; 2008.
111. Patel R. The State of Oral Health in Europe: Report Commissioned by the Platform for Better [em linha]. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe; 2012 [consultado em 2 março 2017]. Disponível em: <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>
112. Peña FL. Un Lego en el Comité Ético de Investigación Clínica. In Calvente, MM, organizador. Ética y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 193-213.
113. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2010;44(5):901-911.
114. Pestana MH, Gageiro JM. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Sílabo; 2008.
115. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33:81-92.
116. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health: World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 2008;58:115-121. doi: 10.1922/IDJ_1930Petersen07
117. Portugal. Decreto-Lei nº 118/83, de 25 de fevereiro. Aprova o funcionamento e esquema de benefícios da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE). *Diário da República*; 46(I Série):631-642.
118. Portugal. Decreto-Lei nº 244/2002, de 5 de novembro. Estabelece as matrizes de delimitação geográfica da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). *Diário da República*; 255(I Série):7101-7103.
119. Portugal. Decreto-Lei nº 252/2007, de 5 de julho. Cria um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário. *Diário da República*; 128(I Série):4346-4347.

120. Portugal. Despacho nº 12889/2015, de 9 de novembro. Alarga o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Diário da República; 223(II Série):32904.
121. Portugal. Despacho nº 4324/2008, de 22 de janeiro. Alarga o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Diário da República;35(II Série):6497-6498.
122. Portugal. Lei nº46/86, de 14 de outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo. Diário da República;237(I Série):3068-3081.
123. Portugal. Lei nº 75/2013, de 12 de setembro. Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico. Diário da República;176(I Série): 5688-5724.
124. Portugal. Portaria nº 301/2009, de 24 de março. Regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados. Diário da República;58(I Série): 1858-1860.
125. Resnik DB. What is Research & Why is it important? [em linha]. North Carolina: National Institute of Environmental Health Sciences; 2010. [consultado 14 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.niehs.nih.gov/research/resources/bioethics/whatis.cfm>
126. bioethics/whatis.cfm
127. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: Of caveats and names. Journal of the American Geriatrics Society. 1989;37:570-572.
128. Ribeiro DG, Silva MM, Nogueira SS, Arioli Filho, JN. A saúde bucal na terceira idade. Salusvita. 2009;28(1):101-111.
129. Ribeiro D, Pires I, Pereira ML. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012;53(4):221-6.
130. Sakellarides C. Gestão do Conhecimento, Inovação e Governação Clínica. In Campos L, Borges M, Portugal R. Governação dos Hospitais. Lisboa: Casa das Letras; 2009a. p. 107-118.
131. Sakellarides C. Novo Contrato Social da Saúde: incluir as pessoas. Lisboa: Diário de Bordo; 2009b.
132. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. PLoS Med. 2014;11(9), e1001701-e1001712. doi: 10.1371/journal.pmed.1001701

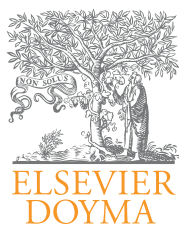
133. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent.* 2010;70(4):300-307. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x.
134. Savoca MR, Arcury TA, Leng X, Chen H, Bell RA, Anderson AM, et al. Severe tooth loss in older adults as a key indicator of compromised diet quality. *Public Health Nutr.* 2010; 13(4):466-474.
135. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29:195-203.
136. Silva DD, Held RB, Torres SV, Sousa ML, Neri AL, Antunes JL. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica.* 2011;45(6):1145-1153. doi:10.1590/S0034-89102011005000068
137. Silva DD, Rihs LB, Sousa ML. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(11); 2407-2418.
138. Silva DD, Sousa ML, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro.* 2005;21:1251-1259.
139. Silva ME, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira, EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(3): 841-850.
140. Silva PM. Direitos dos doentes à informação e ao consentimento informado. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2009.
141. Silva SR, Fernandes RA. Auto percepção das condições de Saúde Bucal para Idosos. Brasil: Revista de Saúde Pública. 2001;35(4): 349-355.
142. Silva SR. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. [Dissertação de Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo (Brasil): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1999.
143. Simões J, Teixeira M, Barros PP, Pereira J, Moreira PK, Ferreira AS, et al. Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde [em linha] Lisboa: Ministério da Saúde; 2007 [consultado 21 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.sg.minsaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinal>
144. Simões J. As parcerias público-privadas no sector de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2004;4:79-90.

145. Simões J. Retrato Político da Saúde: dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Almedina: Coimbra; 2009.
146. Souza RF, Terada AS, Vecchia MP, Regis RR, Zanini AP, Compagnon MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects Gerodontology. 2012;29(2):e88-95. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00417.x.
147. Ståhlacke K, Unell L, Söderfeldt B, Ekbäck G, Ordell S. Self-perceived oral health among 65 and 75 years old in two Swedish counties. Swedish Dental Journal. 2010;34:107-119.
148. Teófilo LT, Leles CR. Patient's self-perceived impacts and prosthodontic needs at the time and after tooth loss. Braz Dent J. 2007;18(2):91-96.
149. Tirth A. Oral Health in Older Adults: An Overlooked Issue. Gerontology & Geriatric Research. 2012;1(111):1-4. doi:10.4172/2167-7182.1000111
150. TNS Opinion & Social. Oral health. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010.
151. United Nations(UN). Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands), Estimates, 1950-2010 [em linha]. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2011 [consultado em 9 setembro 2016]. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/>
152. Vanobbergen J, De Visschere L, Daems M, Ceuppens A, Van Emelen J. Sociodemographic determinants for oral health risk profiles. Int J Dent. 2010;2010:1-4. doi: 10.1155/2010/938936
153. Vanobbergen J. Varieties of Oral Health Care Systems: Compulsory Dental Health Insurance in Belgium. In Pine C, Harris R., editors. Community Oral Health. Chicago: Quintessence Publishing, 2007. p. 455-466.
154. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2012;40:44-48. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00719.x
155. World Health Organization (WHO). Active ageing [em linha]. Geneva: WHO; 2014. [consultado 17 janeiro 2017]. Disponível em http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/.
156. World Health Organization (WHO). Active ageing: a policy framework [em linha]. Geneva: WHO; 2002. [consultado 7 dezembro 2016]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.
157. World Health Organization (WHO). Continuous improvement of oral health in the 21st century. The objectives of the WHO Global Oral Health Programme (ORH). World Health Organization; 2009.

158. World Health Organization (WHO). The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century [em linha]. Geneva: WHO; 2005 [consultado 20 dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/events/orh_liverpool_declaration_05.pdf
159. World Health Organization (WHO). Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity [em linha]. Tokyo: World Congress; 2015a [consultado em 2 abril 2016]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf
160. World Health Organization (WHO). WHO definition of health [em linha]. Geneva: WHO; 1948 [consultado 8 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
161. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health [em linha]. Geneva: WHO; 2015b [consultado 10 janeiro de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

ANEXO 1

ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA



Artigo original

Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)



Catarina Carvalho^{a,*}, Ana Cristina Manso^b, Ana Escoval^a,
Francisco Salvado^b e Carla Nunes^a

^a Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiEM), Caparica, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 1 de outubro de 2013

Aceite a 11 de outubro de 2013

On-line a 13 de novembro de 2013

Palavras-chave:

Idosos

Saúde oral

Autopercepção

Geriatric Oral Health Assessment Index

Validação

R E S U M O

A revisão da literatura indica que a avaliação da autopercepção da saúde oral através do GOHAI é cientificamente reconhecida e utilizada a nível mundial. Considera-se por isso fundamental traduzir e validar este instrumento para a língua portuguesa.

Objetivo: Tradução e validação da versão portuguesa do questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

Métodos: Este trabalho foi baseado nos processos de tradução e validação clássicos. A tradução do questionário seguiu a metodologia tradução e retroversão. A validação foi obtida pela análise da fiabilidade das 12 perguntas que compõem o questionário, utilizando o alfa de Cronbach como coeficiente de consistência interna e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para validação do constructo. O questionário foi aplicado a 162 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte.

Resultados: Obteve-se um coeficiente alfa de Cronbach de 0,768. Na análise fatorial, 3 fatores explicaram 51,81% da variação total. A medida de KMO foi de 0,726 e o teste de esfericidade de Bartlett foi 505,769 com 66 graus de liberdade ($p < 0,001$).

Conclusão: O questionário revelou-se um instrumento válido para medir a qualidade de vida da saúde oral dos idosos na população portuguesa, verificando-se valores elevados na validação de constructo e consistência interna.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Translation and validation of the Portuguese version of Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

A B S T R A C T

After reviewing the literature, we found that the evaluation of self-perception of oral health through GOHAI is increasingly recognized and used worldwide. It is therefore essential to translate and validate this instrument into Portuguese.

Keywords:

Elderly

Oral health

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: catarina.ms.carvalho@ensp.unl.pt (C. Carvalho).

Self-perception
Geriatric Oral Health Assessment
Index
Validation

Objective: Translation and validation of the Portuguese version of the questionnaire GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index).

Methods: This work was based in the translation and classical validation process. The translation of the questionnaire followed the translation and retroversion methodology and, the validation was obtained by the analysis of the reliability of the 12 questions that compose the questionnaire, using the Cronbach alpha as coefficient of internal consistency and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) for validation of the construct. The questionnaire was applied to 162 elderly inscribed in Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte.

Results: It obtained a Cronbach alpha coefficient of 0,768. In the factorial analysis, three factors explained 51,81% of the total variance. The KMO measure was 0,726 and the Bartlett's sphericity test was 505,769 with 66 degrees of freedom ($p < 0,001$).

Conclusion: The questionnaire revealed itself a valid instrument to measure the quality of life of the oral health of the elderly for the Portuguese population, verifying high values in the validation of the construct and in the validation of internal consistency.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A avaliação da condição da saúde oral deve considerar, não só critérios normativos – indicadores clínicos – como também a autopercepção individual, interpretando-a e contextualizando-a na sua vida diária. A autopercepção da saúde oral e o seu impacto na qualidade de vida da população encontra-se sugerida na literatura por vários autores¹⁻³.

Conhecer a informação recolhida, através desta abordagem dual, constitui um fator de prognóstico, permitindo melhorar as políticas de saúde, estabelecendo prioridades baseadas nas necessidades de tratamento da população⁴.

As políticas de saúde pública têm hoje de responder aos desafios que se colocam aos grupos prioritários da população, como os idosos, para assegurar cuidados de saúde oral devido ao envelhecimento acelerado das populações dos países desenvolvidos, em que Portugal se inclui^{5,6}. A saúde desperta constantemente a procura de melhores cuidados prestados à população levando à necessidade de refletir sobre as novas competências que nos permitam lidar com esta situação específica do idoso^{7,8}.

A autopercepção da saúde oral é uma medida multidimensional que, refletindo a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, determina a procura por tratamentos dentários⁹.

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); Oral Health Impact Profile (OHIP); Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL)³ são exemplos de instrumentos que, aplicados como questionários, permitem avaliar a autopercepção da saúde oral.

Destes, o GOHAI foi desenvolvido especificamente para a população idosa¹⁰. Desde o seu desenvolvimento que o GOHAI tem sido traduzido e validado em muitos países ocidentais como a Alemanha, Espanha e França, que a exemplo de Portugal têm uma sociedade envelhecida¹¹⁻¹³.

A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar, melhorando, deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde oral^{2,3,5,6}.

Assim, é cada vez maior a necessidade de implementar este tipo de instrumentos para que a sociedade tenha conhecimento da condição epidemiológica da saúde oral do idoso, de modo a desenvolver ações sociais de prevenção, diagnóstico e intervenção. São, da mesma forma, imprescindíveis para melhor orientar os profissionais nas ações de saúde e elaboração de políticas de saúde pública como programas educativos, preventivos e curativos^{2,3,5,6}.

Considera-se, portanto, útil traduzir e validar para a língua portuguesa este instrumento de avaliação com a finalidade de disponibilizar aos profissionais de saúde um instrumento adequado, para a medição da autopercepção da saúde oral do idoso.

Métodos

Considerações éticas

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Direção Geral da Saúde (DGS), tendo sido obtido um parecer favorável, parecer n.º 61/2010, através do Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade desta entidade pública. Foi também seguido, com sucesso, o processo de autorização das autoras da versão original do Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), Kathryn A. Atchison e Teresa A. Dolan. Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: idade igual ou superior a 65 anos; concordar participar no estudo; capacidade de compreender e assinar o consentimento informado; estarem inscritos, em 2008, no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte e serem utentes dos centros de saúde onde estavam a responder ao questionário. Foi entregue a todos os indivíduos pertencentes à amostra um texto e impresso de Consentimento Informado, em português. A participação foi voluntária, gratuita e não remunerada e a todos os indivíduos da amostra foi explicado o objetivo e a justificação da pesquisa. Foram excluídos do estudo os indivíduos que se recusaram a participar e que não reuniam os critérios de inclusão, anteriormente descritos. Este estudo não recebeu financiamento para a sua realização.

Amostra

A versão final do GOHAI em português foi aplicada a 162 idosos, utentes dos Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Lumiar e Pontinha. A amostra foi de conveniência, os indivíduos foram selecionados de entre os que esperavam a consulta, entre fevereiro e junho de 2012. A entrevista foi feita face-a-face com o cuidado do entrevistador não influenciar as respostas do entrevistado.

Instrumento de recolha de dados

O processo de tradução e validação de um instrumento para recolha de dados, na forma de questionário, consiste basicamente em 3 etapas, sendo elas a tradução, a aplicação do questionário numa amostra de indivíduos para validação e a análise dos dados obtidos através da aplicação do instrumento¹⁴.

O questionário original GOHAI, é constituído por 12 perguntas, relacionadas com a influência dos problemas de saúde oral nas dimensões, física, psicossocial e dor ou desconforto:

- a função física, representada pelo padrão de mastigação, fala e deglutição^{10,13,15-22};
- a função psicossocial, representada pela preocupação com a saúde oral, satisfação ou insatisfação com a aparência, autoconsciência sobre a sua saúde oral e evitar o contacto social devido a problemas orais^{10,13,15-22};
- a dor ou desconforto, representada pelo uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto^{10,13,15-22}.

Para Atchison & Dolan¹⁰, as opções de resposta podem ter de 3-6 categorias (de «sempre» a «nunca»). Neste estudo optou-se pela escala de frequência simplificada sugerida pelas autoras com 3 categorias «sempre», «algumas vezes» e «nunca», com valores de 1, 2 e 3, respetivamente.

Para obtenção do índice final realizou-se a soma simples dos valores, numa escala de 12-36. O maior valor indicou valores de elevada autopercepção a respeito da saúde oral¹⁰. De acordo com a Sociedade Americana de Geriatria²³, nas questões diretas, quanto mais prevalente a categoria «sempre», mais elevada é a autopercepção e piores serão as condições de saúde oral, verificando-se o contrário para a questão inversa.

O índice GOHAI classificou a autopercepção em «elevada» (34-36 pontos), «moderada» (30-33 pontos) e «baixa» (<30 pontos) pelo critério de Atchison & Dolan¹⁰ para escala simplificada.

Para a definição dos itens que compõe cada uma das 3 dimensões (Física, Psicossocial e Dor ou Desconforto), não havendo uma solução única, foi utilizada a seguinte metodologia: métodos de cluster hierárquico de variáveis (*Complete Linkage*); análise crítica qualitativa das dimensões e avaliação da classificação das dimensões pela comparação com outros artigos.

Tradução

O GOHAI foi traduzido para a língua portuguesa. O processo envolveu a tradução de inglês para português por 2 tradutores bilíngues cuja primeira língua era o português e a

retroversão de português para inglês, por 2 tradutores bilíngues cuja primeira língua era o inglês. Foi então constituído um grupo de discussão com os tradutores e os autores do estudo para analisar e comparar a versão original do GOHAI com a versão traduzida, dando especial atenção aos tempos verbais, expressões coloquiais e cultura local. Foi feito um pré-teste sendo aplicadas as alterações necessárias de forma a obter um questionário semântica e conceptualmente equivalente à versão em inglês. Por exemplo, nas perguntas 1 e 6 o questionário em inglês especifica «dentes e próteses», mas em Portugal quando se questiona sobre problemas nos dentes, consideram-se implícitas as próteses, pelo que se procedeu à alteração das questões; nas questões 3 e 5 são utilizados os termos «engolir confortavelmente» e «comer sem sentir desconforto». Como estas expressões não são frequentes na língua portuguesa fez-se a alteração na pergunta 3 para «teve dor ou desconforto para engolir» e na pergunta 5 para «sentiu algum desconforto ao comer». No questionário em inglês as questões 3 e 5 são questões inversas, o que não acontece na versão portuguesa por uma questão de clareza e compreensão das mesmas.

Estudo piloto

Seguiu-se o estudo piloto – aplicação da versão portuguesa a uma amostra por conveniência de 39 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos no Centro de Saúde do Lumiar, de forma a avaliar a capacidade de leitura desta versão. Os idosos foram selecionados de entre os que esperavam a consulta, entre fevereiro e junho de 2011, e a entrevista foi feita face-a-face.

Foram obtidos bons resultados preliminares na aplicação do questionário (alfa de Cronbach de 0,65). Após os últimos ajustes aos tempos verbais e expressões coloquiais, realizou-se a codificação e categorização das respostas, de acordo com a escala de frequência simplificada sugerida pelas autoras e já explicada anteriormente.

Versão final

Após o estudo piloto com 39 indivíduos idosos, passou-se à aplicação da versão final do GOHAI em português a 162 idosos. A recolha de dados foi realizada através de questionário. Na primeira parte foram preenchidos os dados para a caracterização sociodemográfica, na segunda foram elaboradas questões acerca da saúde oral do idoso e na terceira parte aplicou-se o GOHAI.

Análise de dados

Os dados foram tratados estatisticamente com recurso à estatística descritiva e inferencial adequada e ao *software SPSS®*, versão 18.

Esta análise envolveu a avaliação da fiabilidade, através do cálculo da consistência interna pelo alfa (α) de Cronbach, e da validade, através da técnica da análise fatorial com extração de fatores pelo critério de Kaiser (valores próprios superiores a um). De acordo com a literatura científica, o valor esperado do alfa de Cronbach para o estudo de uma escala deve ser entre 0,7-0,9. Na validação do constructo pela análise fatorial,

o teste de esfericidade de Bartlett deve ser estatisticamente significativo. Esta validação implicou a aplicação de um teste estatístico denominado de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que ajudou a verificar se os indivíduos que participaram na resposta ao instrumento o fizeram de forma consistente. Se o valor de KMO for superior a 0,60, podemos dizer que essa consistência ocorreu^{14,24}.

Resultados

Os indivíduos da amostra deste estudo tinham em média 74 anos (desvio-padrão 6,8); 61,7% era do sexo feminino e 38,3% do sexo masculino. A grande maioria encontrava-se reformada (86,4%); 46,9% apresenta um nível de escolaridade até ao 4.º ano e 85,8% considera-se totalmente independente em relação às suas atividades quotidianas. Apenas 0,6% sabia que tem um profissional de saúde oral no centro de saúde a que pertence; 56,8% não visitava um médico dentista há mais de um ano; 63% dos indivíduos usava prótese dentária, sendo que apenas 46,9% se encontrava satisfeito com a mesma (tabela 1).

Na aplicação do questionário GOHAI verificou-se que de um modo geral os idosos avaliaram favoravelmente a sua saúde oral, sendo que 59,9% dos indivíduos apresentam uma elevada autoperceção da sua saúde oral com valores superiores a 33, 27,8% apresentam uma autoperceção moderada (valores entre 30-33) e apenas 12,3% uma autoperceção baixa (valores inferiores a 30).

Como foi possível verificar, a aplicação do questionário GOHAI resultou em valores médios próximos do limite superior da escala de variação de medida para o índice global. Para a definição dos itens que compõe cada uma das 3 dimensões, aplicando-se o processo referido na metodologia, obteve-se a seguinte distribuição: *Dimensão Física*, que inclui a limitação na escolha dos alimentos, problemas na mastigação, problemas na fala e desconforto a comer, questões 1, 2, 4 e 5, respetivamente; *Dimensão Psicossocial*, que inclui a limitação e desconforto nos contactos sociais e o desconforto com a aparência, questões 6, 7 e 11; *Dimensão da Dor ou Desconforto*, que inclui o desconforto ao engolir, o uso de medicação para a dor, a preocupação e a autoconsciência sobre os problemas da sua boca e a sensibilidade dentária, questões 3, 8, 9, 10, 12 (ver Anexo1).

Avaliação da fiabilidade – cálculo da consistência interna

Para determinar a consistência interna da versão portuguesa do questionário GOHAI foi utilizado o alfa (α) de Cronbach, tendo-se obtido um valor de $\alpha = 0,768$.

Os valores de consistência interna relativos a cada item foram superiores a 0,71.

Análise fatorial com extração de fatores

As respostas ao questionário foram analisadas utilizando os componentes principais da análise fatorial, Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), Bartlett' test e a matriz de correlação. O valor obtido de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) considera-se bom, superior a 0,6 (KMO = 0,726) e o Bartlett' test, considerado muito

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas. Centros de Saúde de Alvalade, Benfica e Pontinha 2011-2012

Variáveis/Categorias		
Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	62	38,3
Feminino	100	61,7
Faixa etária (anos) 65-74	86	53,1
75-84	61	37,7
85 ou +	15	19,3
Estado civil		
Casado/união de facto	91	56,2
Separado de facto/divorciado	14	8,6
Solteiro	7	4,3
Viúvo	50	30,9
Nível de escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	22	13,6
Sabe ler e escrever	7	4,3
Até ao 4.º ano	76	46,9
Até ao 7.º ano	9	5,6
Até ao 9.º ano	22	13,6
Até ao 12.º ano	16	9,9
Curso superior	8	4,9
Pós-graduação	2	1,2
Rendimento familiar		
< 1 salário mínimo	48	29,6
1-2 salários mínimos	56	34,6
2-4 salários mínimos	21	13
> 4 salários mínimos	7	4,3
Capacidade de autonomia de vida		
Totalmente independente	139	85,8
Parcialmente dependente	22	13,6
Totalmente dependente	1	0,6
Condições clínicas		
Última consulta de medicina dentária		
Há menos de um ano	66	40,7
Há mais de um ano	92	56,8
Usa prótese		
Sim	102	63
Não	60	37

bom ($\chi^2_{(66)} = 505,769$; $p < 0,001$). Com o objetivo de verificar até que ponto é que os itens do questionário estão relacionados, utilizou-se também o coeficiente de correlação de Spearman que mostrou que a maior parte das relações entre itens é fraca ou moderada, com todas as correlações abaixo dos 0,3, evidenciando um bom resultado.

Para identificar as dimensões corretas foi utilizada a análise de componentes principais com a extração de 3 fatores (Eigenvalues superiores a um). O gráfico do scree plot (ponto de inflexão ou cotovelo) também foi analisado. O valor obtido da variância explicada foi de 51,81%.

Discussão

A adaptação e validação portuguesa do GOHAI correspondeu à necessidade de preencher um vazio existente na avaliação do impacto dos problemas de saúde oral na qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um instrumento

curto, de rápida e fácil aplicação, de baixo custo económico e que avalia a autopercepção da saúde oral, sendo por isso importante na avaliação da necessidade e efetividade de um tratamento dentário. Pode ser aplicado face a face, como foi o caso deste estudo, ou pode ser autoadministrado.

A média de idade encontrada entre os idosos deste estudo foi de 74 anos, sendo este valor próximo dos mais recentes dados do INE²⁶ referentes à população idosa portuguesa e também à média encontrada noutros estudos, que variaram entre os 67,1-73,5 anos^{10,13,25-28}.

No que respeita à variável nível de escolaridade, destacou-se o facto de aproximadamente 50% dos indivíduos da amostra ter uma formação igual ou inferior ao 4.º ano de escolaridade, sendo que 13,6% refere não saber ler nem escrever. Na análise destes valores foram considerados os dados do Inquérito ao Emprego de 2001, em que se determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da *International Standard Classification of Education* (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas. Foi possível concluir que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução²⁶.

Um outro conjunto de variáveis com grande significado na análise da situação de saúde dos idosos tem a ver com o rendimento familiar. Assim, constatámos que uma percentagem de 29,6% da amostra afirmou não ter um rendimento inferior a um salário mínimo. Estes dados devem ser confrontados com os que nos são fornecidos pelo Eurostat²⁹ sobre o risco de pobreza dos idosos.

A média dos valores do GOHAI neste estudo (33,1) sugeriu uma elevada autopercepção da saúde oral da população em estudo, idêntico ao que acontece na versão original¹⁰ e noutros estudos na China³⁰, Japão²⁷ e Arábia³¹.

O instrumento revelou ser fiável por ter boa consistência interna (0,768), de onde se concluiu a validade de todas as perguntas tal como aconteceu na versão original em inglês¹⁰ onde se obteve um coeficiente alfa de Cronbach de 0,79. Este valor foi em Espanha¹¹ de 0,86; na China³⁰ de 0,81; em França¹² de 0,86; na Suécia³² de 0,86; na Malásia²⁸ de 0,79; no Japão²⁷ de 0,89; na Alemanha¹³ de 0,92; na Turquia³³ de 0,75; na Jordânia³⁴ de 0,88; e no México⁴ de 0,77. Os nossos resultados mostram uma consistência interna aproximada à versão original e às versões traduzidas e validadas na Turquia, México e Malásia.

Da análise fatorial do instrumento resultou a discriminação de 3 fatores fundamentais, que justificaram 51,81% da variância total dos resultados, onde a extração de apenas um fator justificaram-se 30,1% da variância. Os valores de consistência interna relativos a cada item foram também elevados, sempre com valores superiores a 0,71. Verificaram-se resultados semelhantes na versão mexicana do GOHAI⁴, em que na análise fatorial a extração de um fator explicou 30,6% da variância total. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação simples foi de 0,81, também superior a 0,6 tal como no presente estudo. O teste de esfericidade de Bartlett foi também semelhante, ambos com 66 graus de liberdade ($p < 0,001$)⁴.

Não se verificou significado estatístico entre a autopercepção da saúde oral e as variáveis sociodemográficas, à

semelhança do que aconteceu no estudo de Pinzón-Pulido et al.¹¹.

Por outro lado, em França, foi demonstrado que as variáveis como o baixo nível de escolaridade e um rendimento familiar reduzido determinam uma menor pontuação do GOHAI¹². Na China, a visita recente ao médico dentista foi determinante para uma baixa pontuação do GOHAI³⁰.

Conclusão

O instrumento revelou ter boas qualidades psicométricas na sua adaptação e validação para a população portuguesa, tendo demonstrado ser de fácil e rápida aplicação. Considera-se um instrumento válido e importante para a avaliação da qualidade de vida da saúde oral dos idosos.

A população deste estudo corresponde à população portuguesa retratada no estudo mais recente da evolução das características demográficas em Portugal, durante os últimos 10 anos.

Futuramente, devem ser realizados estudos que nos permitam a utilização do GOHAI como instrumento de medida da autopercepção da saúde oral nos idosos relacionando o impacto de outras variáveis sobre as condições de saúde oral. A convicção de que uma saúde oral precária é uma situação natural do envelhecimento e que não pode ser modificada é aceite unanimemente entre os idosos. Há necessidade de desenvolvimento de ações educativas e preventivas para esta população, para uma maior consciencialização e mudança de valores e hábitos que condicionam o seu comportamento^{3,4}.

Autoria/colaboradores

O primeiro autor participou na ideia original do tema, na recolha de dados, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. O segundo, terceiro e quarto autores contribuíram com a ideia original do tema, coordenaram o processo de calibração e recolha de dados e fizeram a revisão crítica da versão a ser publicada. O quinto autor contribuiu para a análise e interpretação dos dados e revisão crítica da versão a ser publicada.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Sara España, Cláudia Afonso e Duarte Durão a sua colaboração neste estudo. Agradecem também às autoras da versão original do GOHAI, Kathryn A. Attchison e Teresa A. Dolan pelo interesse e entusiasmo que demonstraram pelo desenvolvimento deste trabalho.

Anexo 1. Questionário GOHAI

1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?
3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?
4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?
5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?
6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?
7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?
8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?
9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?
10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?
11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?
12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

BIBLIOGRAFIA

1. Silva SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. [Dissertação - Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo (Brasil): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1999.
2. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcome*. 2003;1:40.
3. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:401-11.
4. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de La Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent*. 2010;70:300-7.
5. Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century: implications to oral health research of World Health Assembly 2007. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:1-8.
7. Ståhlhake K, Unell L, Söderfeldt B, Ekbäck G, Ordell S. Self-perceived oral health among 65 and 75 years old in two Swedish counties. *Swed Dent J*. 2010;34:107-19.
8. Deshmukh SP, Radke UM. Translation and validation of Hindi version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2012;29:1052-8.
9. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent*. 1997;57:40-7.
10. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*. 1990;54:680-6.
11. Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:273-82.
12. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:275-84.
13. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:34-42.
14. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo; 2009.
15. Silva SRC, Fernandes RAC. Auto percepção das condições de saúde bucal para idosos, 35. Brasil: Revista de Saúde Pública; 2001. p. 349-55.
16. Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist. *J Rehabil Med*. 2004;44:22-9.
17. Martinicorena FJC. Medición de la salud y la enfermedad en odontología comunitaria. In: Sala EC, García PB, editors. *Odontología preventiva y comunitaria*. 3ª Ed. Barcelona (España): Masson; 2005. p. 337-69.
18. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro*. 2005;21:1251-9.
19. MacEntee MI. An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. *Community Dent Health*. 2006;23:5-14.
20. Grill E, Joisten S, Swoboda W, Stucki G. Early-stage impairments and limitations of functioning from the geriatric ICF core set as determinants of independent living in older patients after discharge from post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2007;39:591-7.
21. Costa EH, Saintrain MV, Vieira AP. Self-perception of oral health condition of the institutionalized and non institutionalized elders. *Cien Saude Colet*. 2010;15: 2925-30.
22. de Souza RF, Terada ASSD, Vecchia MPD, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012;29:88-95.
23. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:570-2.
24. Marôco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo; 2010.
25. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e factores associados em Campinas. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:1145-53.
26. Instituto Nacional de Estatística (INE). As pessoas; 2011. [em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0074-4 [consultado 17 Feb 2011]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub.boui=108445117&PUBLICACOESmodo
27. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006;66:273-5.
28. Othman WN, Muttalib KA, Bakri R, Doss JG, Jaafar N, Salleh NC, et al. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent*. 2006;66:199-204.
29. EUROSTAT. Population structure and ageing. [em linha]. European Comissão; 2010 [consultado 17 Feb 2011].

- Disponível em [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT: New European Population projections 2008-2060&PUBLICACOESmodo=2](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT:_New_European_Population_projections_2008-2060&PUBLICACOESmodo=2)
30. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent.* 2002;62: 78-83.
 31. Atieh MA. Arabic version of the geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology.* 2008;25:34-41.
 32. Hägglin C, Berggren U, Lundgren JA. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J.* 2005;29:113-24.
 33. Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. *J Gerontol Nurs.* 2008;34:33-9.
 34. Daradkeh S, Khader YS. Translation and validation of the Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J Oral Sci.* 2008;50:453-9.

ANEXO 2

ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal*

Catarina Carvalho^I, Ana Cristina Manso^{II}, Ana Escoval^I, Francisco Salvado^{II}, Carla Nunes^I

^I Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

^{II} Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz. Caparica, Portugal

RESUMO

OBJETIVO: Analisar se a autopercepção de saúde bucal em contexto urbano está associada aos factores sociodemográficos que interferem na qualidade de vida da saúde bucal.

MÉTODOS: Estudo transversal com amostra de conveniência de indivíduos idosos (65 anos ou mais) inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. A autopercepção da saúde bucal e qualidade de vida associada foi avaliada pelo índice de avaliação da saúde bucal em idosos (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) e os indivíduos foram classificados de acordo com as características sociodemográficas. A consistência interna do questionário foi avaliada por meio do alfa (α) de Cronbach. Posteriormente, foram utilizados modelos de regressão logística binária para caracterizar os factores associados com a autopercepção de saúde bucal considerando as variáveis sociodemográficas e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos e determinados os *odds ratios* bruto e ajustado (à idade) e respectivos intervalos de confiança a 90%.

RESULTADOS: Participaram 369 idosos, com média de idade de 74,2 anos (DP = 6,75); 62,9% eram do sexo feminino. Em média, o índice foi moderado com tendência a elevado: 32,9 (DP = 3,6; intervalo 12-36). O alfa de Cronbach foi elevado: 0,805. A idade, o estado civil e a última consulta de Medicina Dentária foram os factores significativamente associados a autopercepção da saúde bucal.

CONCLUSÕES: O estudo mostra que esses indivíduos apresentam uma autopercepção de saúde bucal moderada, com tendência a elevada. A avaliação da autopercepção da saúde bucal permitiu identificar os principais factores sociodemográficos associados. Este instrumento pode contribuir para orientar as estratégias de planeamento e promoção da saúde bucal direccionadas para uma melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

DESCRITORES: Idoso. Autoavaliação. Saúde Bucal. Factores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

*Foi mantida a grafia original do artigo em português de Portugal

Correspondência:

Catarina Carvalho
Rua Dom Dinis, 22 4º Dto.
1250-077 Lisboa, Portugal
E-mail: catarina.ms.carvalho@gmail.com

Recebido: 6 abr 2015

Aprovado: 15 jul 2015

Como citar: Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. Rev Saude Publica. 2016;50:53.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas^a, o envelhecimento populacional mundial é um fenómeno duradouro com características globais, afetando toda a sociedade e em todos os níveis e exigindo alterações sociais profundas.

Em Portugal, o envelhecimento populacional enfatiza a necessidade de políticas de saúde pública que enfoquem a manutenção de qualidade de vida satisfatória aos que envelhecem. Segundo os Censos 2011, Lisboa apresenta alto índice de envelhecimento, passando de 103 idosos por 100 jovens, em 2001, para 140 idosos por 100 jovens em 2011, e é, ao mesmo tempo, o município com menor valor percentual de jovens (12,9%)^b.

O envelhecimento da população aumenta a necessidade crescente de definir padrões aceitáveis de saúde bucal para contribuir para um melhor estado geral de saúde e bem-estar¹². Para tanto, são necessários dados epidemiológicos que quantifiquem as condições de saúde bucal dos idosos. Este tipo de informação é fundamental para o planeamento, organização e monitorização dos serviços de saúde bucal prestado²².

A literatura sugere que, em complemento aos dados clínicos de avaliação pelos profissionais de saúde, sejam recolhidos dados relativos a indicadores de autopercepção, nomeadamente relativos às condições de saúde bucal e às necessidades de tratamento, percebidas pelos idosos²². Neste sentido têm sido desenvolvidos vários indicadores sócio-dentários para medir a forma como as alterações da saúde bucal comprometem a qualidade de vida e o bem estar dos indivíduos. Incluem-se aqui medidas subjetivas como dor ou desconforto, problemas estéticos, restrições na alimentação, comunicação, relações afetivas, atividades diárias, e bem-estar físico e psicológico dos indivíduos¹¹. Dos instrumentos desenvolvidos para avaliação desses indicadores, destacam-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), o *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQOL) e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI)³. Este último foi desenvolvido especificamente para a população idosa⁴.

O objetivo deste estudo foi analisar se a autopercepção de saúde bucal em contexto urbano está associada aos factores sociodemográficos que interferem na qualidade de vida da saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Serviço de Saúde em Portugal

Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde, bem como da gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Existem cinco administrações regionais de saúde (ARS) – ARS Alentejo, ARS Algarve, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Norte – responsáveis pela execução dos objectivos das políticas de saúde nacionais, pelo desenvolvimento de diretrizes e protocolos e por supervisionar o atendimento na saúde. Os esforços de descentralização focaram seus objetivos na mudança da responsabilidade financeira e de gestão para o nível regional. Na prática, porém, a autonomia das administrações regionais de saúde está limitada aos cuidados de saúde primários. As Regiões Autónomas dos Açores e Madeira possuem autonomia efetiva nas estratégias regionais da saúde e na administração da definição de orçamento e os gastos^c.

A ARS Lisboa e Vale do Tejo tem a seu cargo 15 Agrupamento de Centros de Saúde, são eles: Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, Lisboa Central, Lisboa Ocidental Oeiras, Cascais, Amadora, Sintra, Loure Odivelas, Estuário do Tejo, Almada Seixal, Arco Ribeirinho, Arrábida, Oeste Norte, Oeste Sul, Médio Tejo e Lezíria.

O sistema de assistência de saúde bucal em Portugal, um misto de coexistência do Modelo Beveridgiano, Bismarckiano e Privado ou Liberal, é fortemente condicionado pela baixa

^a United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Old-age dependency ratio 65+/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100 (ratio of population 65+ per 100 population 20-64). New York; 2011.

^b Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos - Região Lisboa. Lisboa; 2013 [citado 2014 fev 16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377750&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

^c Direcção-Geral da Saúde (PT), Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde. Elementos estatísticos: informação geral: Saúde 2008. Lisboa; 2008.

cobertura do SNS e caracteriza-se por três sistemas de cobertura: o sistema liberal ou de seguro privado, o sistema de seguro social e o sistema financiado pelos impostos¹⁰.

Amostra

Estudo transversal, com amostra de 369 indivíduos não probabilística e de conveniência, correspondendo a 5,1% de margem de erro para um nível de confiança de 90%. Os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos foram selecionados, de forma aleatória, dentre os que esperavam a consulta no centro de saúde, entre fevereiro de 2012 e junho de 2013. Foi considerada a listagem de indivíduos inscritos em 2008, na Unidade Setentrional de Lisboa – idosos utentes dos centros de saúde Lisboa Norte que têm por referência os Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente.

Esse agrupamento é constituído por cinco centros de saúde, Alvalade, Benfica, Coração de Jesus, Lumiar e Sete Rios, nos quais encontravam-se inscritos 295.687 utentes no ano de 2012, sendo 62.498 idosos.

A entrevista foi feita face a face por quatro examinadores, devidamente calibrados e treinados de acordo com as normas de biossegurança, sob as condições ambientais existentes nos centros de saúde. Foram incluídos idosos com mais de 65 anos, com capacidade de responder ao questionário, frequentadores dos centros de saúde Lisboa Norte que aceitaram participar no estudo (consentimento informado).

Instrumento de Recolha de Dados

O questionário aplicado foi constituído por três partes distintas. A primeira englobou a caracterização sociodemográfica, composta por idade, profissão, situação face ao emprego, local de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar, sexo, capacidade de autonomia de vida, entre outros. A segunda contemplou questões acerca de hábitos de saúde bucal dos idosos, como: quando ocorreu a última visita ao dentista, se recebeu informações sobre como fazer o exame da própria boca para prevenir o câncer bucal, se usa prótese e como a higieniza. Na terceira parte, aplicou-se o questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) para avaliar a autopercepção da saúde bucal, índice traduzido e validado para a língua portuguesa⁶.

O GOHAI é constituído por 12 perguntas, relacionados com a influência dos problemas de saúde oral nas seguintes dimensões física, psicossocial e dor ou desconforto:

- A função física, representada pelo padrão de mastigação, fala e deglutição^{1,23};
- A função psicossocial, representada pela preocupação com a saúde bucal, satisfação ou insatisfação com a aparência, autoconsciência sobre a sua saúde bucal e pelo evitar do contacto social devido a problemas orais^{1,13,23};
- A dor ou desconforto, representada pelo uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto^{1,13,23}.

Para Atchison e Dolan⁴, as opções de resposta podem ter de três a seis categorias (de “sempre” a “nunca”). Neste estudo optou-se pela escala de frequência simplificada sugerida pelas autoras com três categorias: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca” (valores de 1, 2 e 3, respetivamente).

Para obtenção do índice final, realizou-se a soma simples dos valores, em uma escala de 12 a 36. O índice GOHAI classifica a autopercepção em “elevada” (34 a 36 pontos), “moderada” (30 até 33 pontos) e “baixa” (< 30 pontos) pelo critério de Atchison e Dolan⁴ para escala simplificada.

Análise de Dados

A variável dependente considerada foi autopercepção do idoso em relação à saúde bucal; as independentes foram aquelas variáveis sociodemográficas e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos.

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva (para a caracterização geral dos dados) e determinado o alfa (α) de Cronbach (para avaliar a consistência interna do questionário). Posteriormente, foram utilizados modelos de regressão logística binária para caracterizar os factores associados com a autopercepção de baixa saúde bucal dos idosos, considerando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar e capacidade de autonomia de vida) e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos (última consulta de medicina dentária e uso de prótese dentária). Foram determinados os *odds ratios* bruto e ajustados pela idade e respectivos intervalos de confiança a 90%. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (Processo 210, de 17 de dezembro de 2010). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram 369 idosos no estudo, que correspondem a 3/5 da população idosa inscrita neste agrupamento. Tinham em média 74,2 anos (DP = 6,75); 62,9% era do sexo feminino e 37,1% do sexo masculino. A grande maioria encontrava-se reformada (95,0%); 53,9% apresentava nível de escolaridade até quatro anos e 87,8% considerava-se totalmente independente em relação às suas atividades quotidianas. Apenas 13,0% sabia que tem um profissional de saúde bucal no centro de saúde a que pertence; 51,1% não visitava um médico dentista há mais de um ano; 62,6% dos indivíduos usava prótese dentária, sendo que 68,0% se encontrava satisfeito com a mesma (Tabela 1).

A aplicação do GOHAI resultou em valores médios próximos do limite superior da escala de variação da medida para o índice global (média = 32,9; DP = 3,6) e para as suas três dimensões, sendo possível afirmar que os idosos avaliaram favoravelmente a sua saúde bucal (Tabela 2). A maioria (57,7%) dos indivíduos apresentaram elevada autopercepção da sua saúde bucal, com valores superiores a 33; 27,9% apresentaram autopercepção moderada (valores entre 30 e 33); e apenas 14,4%, autopercepção baixa (valores inferiores a 30).

Para determinar a consistência interna do questionário, foi utilizado o alfa (α) de Cronbach, obtendo-se valor de $\alpha = 0,805$. Os indivíduos com idades entre 75-84 anos têm 1,670 (IC90% 1,003–2,783; $p = 0,098$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que idosos com 65-74 anos. Já os mais idosos, com mais de 85 anos, têm igual probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal que indivíduos com 65-74 anos (Tabela 3).

Em relação à última consulta de Medicina Dentária, idosos que tiveram a consulta há menos de um ano têm 2,283 (IC90% 1,350–3,859; $p = 0,010$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos que tiveram a consulta há mais de um ano.

Os indivíduos solteiros, 3,221 (IC90% 1,110–9,349; $p = 0,071$), têm maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos casados ou em união de facto, depois de ajustado à idade.

Em relação à última consulta de Medicina Dentária, os indivíduos que tiveram a consulta há menos de um ano têm 2,361 (IC90% 1,391–4,009; $p = 0,010$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos que tiveram a última consulta há mais de um ano, depois de ajustado à idade.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas distribuídas de acordo com as categorias de autopercepção definidas pelo GOHAI. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Características sociodemográficas	n	%	GOHAI					
			Autopercepção de saúde bucal baixa (< 30)		Autopercepção de saúde bucal moderada (30-33)		Autopercepção de saúde bucal elevada (34-36)	
			n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	137	37,1	20	14,6	34	24,8	83	60,6
Feminino	232	62,9	33	14,2	69	29,7	130	56,0
Faixa etária (anos)								
65-74	202	54,7	24	11,9	59	29,2	119	58,9
75-84	136	36,9	25	18,4	32	23,5	79	58,1
≥ 85	31	8,4	4	12,9	12	38,7	15	48,4
Estado civil								
Casado ou união de facto	222	60,2	31	14,0	64	28,8	127	57,2
Separado de facto ou divorciado	28	7,6	3	10,7	7	25,0	18	64,3
Solteiro	12	3,3	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Viúvo	107	29,0	15	14,0	30	28,0	62	57,9
Nível de escolaridade								
Não sabe ler nem escrever	31	8,4	6	19,3	11	35,5	14	45,2
Sabe ler e escrever	20	5,4	5	25,0	4	20,0	11	55,0
4º ano	228	61,8	32	14,0	67	29,4	129	56,6
9º ano	44	11,9	4	9,1	11	25,0	29	65,9
12º ano	30	8,1	4	13,3	8	26,7	18	60,0
Curso superior	16	4,3	2	12,5	2	12,5	12	75,0
Rendimento familiar								
< 1 salário mínimo	112	33,3	19	17,0	31	27,6	62	55,4
1 a 2 salários mínimos	166	49,4	26	15,7	49	29,5	91	54,8
2 a 4 salários mínimos	50	14,9	5	10,0	13	26,0	32	64,0
> 4 salários mínimos	8	2,4	1	12,5	3	37,5	4	50,0
Capacidade de autonomia de vida								
Totalmente independente	324	87,8	44	13,6	87	26,8	193	59,6
Dependente	45	12,2	9	20,0	16	35,6	20	44,4
Condições clínicas								
Última consulta de medicina dentária								
Há menos de um ano	142	38,6	29	20,4	36	25,4	77	54,2
Há mais de um ano	188	51,1	19	10,1	58	30,9	111	59,0
Usa prótese								
Sim	231	62,6	33	14,3	66	28,6	132	57,1
Não	138	37,4	20	14,5	37	26,8	81	58,7

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

Tabela 2. Autopercepção da saúde bucal dos idosos: média, intervalo de confiança e amplitude de variação do GOHAI. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Variável	Média	IC90%	Amplitude de variação
GOHAI	32,85	32,5–33,2	16 a 36
Dimensão física	10,7	10,6–10,9	4 a 12
Dimensão psicossocial	8,4	8,3–8,5	4 a 9
Dimensão dor ou desconforto	13,7	13,5–13,8	6 a 15

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

Tabela 3. Factores associados com a autopercepção de baixa saúde bucal dos idosos. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Variável	OR _{bruto}	IC90%	p	OR _{ajustado à idade}	IC90%	p
Idade (anos)			0,245			
65-74*						
75-84	1,670	1,003–2,783	0,098			
≥ 85	1,099	0,424–2,844	0,871			
Estado civil			0,320			0,255
Casado ou união de facto*						
Separado de facto ou divorciado	0,739	0,258–2,122	0,638	0,698	0,242–2,015	0,577
Solteiro	3,081	1,071–8,860	0,080	3,221	1,110–9,349	0,071
Viúvo	1,005	0,575–1,755	0,989	0,883	0,494–1,577	0,724
Última consulta de medicina dentária			0,033			0,026
Há mais de 1 ano*						
Há menos de 1 ano	2,283	1,350–3,859	0,010	2,361	1,391–4,009	0,008
Não sabe	1,348	0,557–3,262	0,579	1,345	0,554–3,268	0,583

* Classe de referência.

DISCUSSÃO

Os indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte apresentam uma autopercepção de saúde bucal moderada, com tendência a elevada. Das variáveis sociodemográficas estudadas, apenas a idade, o estado civil e a última consulta de medicina dentária foram factores significativamente associados à pior autopercepção da saúde bucal.

Verifica-se, atualmente, um crescente interesse em estudos sobre a autopercepção em saúde para o conhecimento e monitorização da mesma, sendo que os estudos desta natureza são cada vez mais recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸. Este estudo veio acrescentar novos dados a esta área, até à data pouco explorada em Portugal.

A média de idade encontrada entre os idosos deste estudo foi de 74,15 anos, sendo este valor próximo dos mais recentes dados referentes à população idosa portuguesa^d e também à média encontrada em outros estudos, que variou entre 67,1 e 73,5 anos^{1,22}. Mais de metade da amostra foi constituída por mulheres, sendo que os censos 2011 ajudam a explicar estes resultados, pois indicam que a preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade aumenta, pela menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres.

Quanto à variável nível de escolaridade, grande parte dos indivíduos tinham apenas o quarto ano de escolaridade, o que corresponde aos dados do Inquérito ao Emprego de 2001, em que se verificou que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução^d. O rendimento familiar é uma variável com bastante relevância na análise da situação de saúde dos idosos. Neste estudo, aproximadamente 50,0% da amostra tem rendimento entre um e dois salários mínimos, estando esses dados de acordo com os fornecidos pelo Eurostat^e.

A elevada percentagem de indivíduos totalmente independentes pode dever-se ao facto de o estudo ter sido realizado em centros de saúde, onde se dirigem com capacidade para o fazer.

A média dos valores do GOHAI neste estudo (32,9) sugeriu autopercepção moderada da saúde bucal da população em estudo, apesar de a análise por classes remeter para uma percepção mais elevada. Sendo a mediana 34,0 e a moda 36,0, consideramos que a população deste estudo tem uma percepção moderada com tendência a ser elevada, tal como acontece na versão original do GOHAI¹ e em outros estudos⁵, na China, Japão¹⁶ e Arábia². Ribeiro et al., em 2012, justificam esses resultados na medida em que os idosos consideram a sua condição

^d Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos - Região Lisboa. Lisboa; 2013 [citado 2014 fev 16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377750&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

^e EUROSTAT. Population structure and ageing. Luxembourg: European Commission; 2010 [citado 2015 out 14]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT: New European Population projections 2008-2060&PUBLICACOESmodo=2

bucal como boa, ainda que tenham muitas perdas dentárias e alterações orais significativas. Essa contradição é explicada pela falta de informação dessa faixa etária ao assumir com naturalidade que o envelhecimento está associado a incapacidades inevitáveis, como a perda de dentes²⁰.

O questionário apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,81$), indicando a validade de todas as perguntas. Isso também ocorreu na versão original em inglês¹ que obteve coeficiente alfa de Cronbach de 0,79, e na versão portuguesa, com alfa de 0,768⁵. A consistência interna foi avaliada em diversos outros países (Espanha, China, França, Suécia, Malásia, Japão, Alemanha, Turquia, Jordânia e México)¹³, obtendo-se valores de α entre 0,75 (na Turquia) e 0,92 (na Alemanha)²¹.

O domínio de GOHAI mais afetado foi o psicossocial, o que sugere que os idosos limitaram o contacto com outras pessoas devido à aparência dos seus dentes. Furtado et al.⁸, em 2011, e Cárdenas et al.⁴, em 2012, também constataram que o domínio psicossocial é o mais afetado, principalmente porque os idosos se sentem incomodados ao comerem diante de outros devido aos problemas com os seus dentes. Já Fonseca et al.⁷, em 2011, observaram que o domínio mais afetado foi o físico ou funcional, sobretudo no incômodo ao deglutir alimentos. O facto de os idosos poderem expressar-se, compartilhar alegrias e angústias, conversar com outras pessoas sobre parte da vida, saborear alimentos e serem nutridos por eles são desempenhos muito importantes⁸.

Relativamente ao grupo etário, foram os idosos mais novos (com idades entre os 65-74 anos) que mostraram maior autoconsciência dos seus problemas em saúde bucal. De fato, Nunes et al.¹⁷, em 2012, mostraram que o avançar da idade contribuiu para piorar a autopercepção do estado de saúde bucal, observando maior tendência para valores de autopercepção de saúde bucal baixa nos indivíduos entre os 75-84 anos. Já Miranda et al.¹⁵, em 2011, encontraram melhores resultados em idosos maiores de 75 anos e os autores relacionam esses valores ao processo de adaptação dos idosos ou ao reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal no envelhecimento.

Quanto ao estado civil, os indivíduos solteiros foram os que apresentaram valores mais baixos de autopercepção, resultados semelhantes a outros estudos^{15,17-19}. Isso pode ser decorrente do impacto elevado da solidão na qualidade de vida, sugerindo que os indivíduos que vivem sozinhos possam apresentar menor estabilidade emocional que, por sua vez, induz a um baixo nível de percepção⁹.

Quanto à última consulta de medicina dentária, os indivíduos que tiveram a última consulta há menos de um ano têm maior tendência para apresentar valores mais baixos de autopercepção da saúde bucal. De fato, idosos tendem a visitar um médico dentista apenas quando têm problemas orais associados à dor ou ao desconforto¹⁴. Ainda, essas visitas estão condicionadas por más experiências anteriores ou fobias, o que pode gerar um ciclo vicioso: menos visitas podem agravar problemas de saúde bucal. Por outro lado, essa tendência para uma baixa autopercepção de saúde bucal pode estar relacionada com uma maior consciência dos idosos em relação à sua saúde bucal, tendo em conta a recente visita ao seu médico dentista⁶.

É ainda provável que a baixa associação destas variáveis em relação à autopercepção da saúde bucal possa ser explicada pela baixa prevalência de uma visita ao médico dentista no ano anterior. Isso pode refletir a falta de acesso aos serviços de assistência médico-dentária, que em Portugal são maioritariamente privados³.

Quanto às limitações deste estudo, uma delas é o facto de não ter sido realizado exame clínico com o questionário, exame esse que futuramente deveria ser implementado, tornando possível avaliar o comportamento das condições clínicas da cavidade bucal em relação à autopercepção de cada um e vice-versa. Adicionalmente, a amostra foi de conveniência e de dimensão relativamente pequena, o que pode condicionar a representatividade da população em estudo. Por exemplo, o facto de haver usualmente mais mulheres nos centros de saúde e estas terem naturalmente uma maior disponibilidade para participarem, pode

condicionar a representatividade da amostra^{6,19}. Para obtermos conclusões mais sólidas e úteis para a sociedade, é necessário fazer estudos mais abrangentes, mais representativos e com maior número de participantes.

Este estudo representa um ponto de partida para que possamos conhecer melhor as condições de saúde bucal dos idosos utilizadores dos cuidados de saúde primária. O estudo evidencia também a utilidade do GOHAI para orientar as estratégias de planeamento e promoção da saúde bucal direccionadas para uma melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

Neste sentido, é importante educar sobre a saúde bucal, incutindo medidas de prevenção. Medidas essas que, além de diminuïrem os problemas, ajudam a consciencializar cada um acerca das suas necessidades reais de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680-7.
2. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2008;25(1):34-41. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x
3. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J*. 2009;59(2):78-82. DOI:10.1922/IDJ_2035Cortes05
4. Cárdenas SD, Vergara KA, Martínez KR. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):9-16. DOI:10.4321/S1699-695X2012000100003
5. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):153-9. DOI:10.1016/j.rpsp.2013.10.002
6. Dolan TA, Atchison KA, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. *J Dent Educ*. 2005;69(9):961-74.
7. Fonseca PHA, Almeida AM, Silva AM. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Rev Gaucha Odontol*. 2011;59(2):193-200.
8. Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011;15(2):183-90. DOI:10.4034/RBCS.2011.15.02.08
9. Haikal DSA, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3317-29. DOI:10.1590/S1413-81232011000800031
10. Kravitz AS, Treasure ET. EU manual of dental practice: version 4. Wales: Council of European Dentists; 2008.
11. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11. DOI:10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
12. Mariño R, Abala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(3):513-7. DOI:10.1016/j.archger.2012.12.004
13. Martincorena FJC. Medición de la salud y la enfermedad en odontología comunitaria. In: Sala EC, García PB, editores. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 3.ed. Barcelona: Masson; 2005. p.337-69.
14. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MA. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology*. 2008;25(1):49-56. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00196.x
15. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(2):251-69. DOI:10.1590/S1809-98232011000200007
16. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006;66(4):273-5.

17. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28. DOI:10.1590/S1415-790X2012000200019
18. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):901-11. DOI:10.1590/S0034-89102010000500016
19. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(12):3353-62. DOI:10.1590/S1413-81232012001200020
20. Ribeiro D, Pires I, Pereira ML. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012;53(4):221-6.
21. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent*. 2010;70(4):300-7. DOI:10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x
22. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1145-53. DOI:10.1590/S0034-89102011005000068
23. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001;35(4):349-55. DOI:10.1590/S0034-89102001000400003

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: CC, AM, AE, FS, CN. Coleta de dados: CC, AM, FS. Análise e interpretação de dados: CC, CN. Preparação ou redação do manuscrito: CC. Revisão crítica do manuscrito: CC, AM, AE, FS, CN. Aprovação final: CC, AM, AE, FS, CN

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO
“CORE SET DOS IDOSOS”
CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Sr.(Sr.^a)

Morador(a) em

Declaro para os devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade no projeto de investigação, **“Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos”**, que é financiado pelo Alto Comissariado da Saúde e que envolve a Universidade de Évora (Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde), a Escola Nacional de Saúde Pública e a Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Mais declaro que me foram explicados os objetivos do referido projeto e que me foram dadas garantias relativamente ao anonimato e à confidencialidade dos dados que eu venha a revelar.

Fui ainda informado/a que poderei recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas.

Data: ____/____/2011

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO
ALENTEJO

“*CORE SET* DOS IDOSOS”

PROJECTO FINANCIADO PELO:

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE

Investigador Responsável:

Manuel Lopes

PREÂMBULO

O **Core Set dos Idosos** foi desenvolvido pelo Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora, Escola Nacional de Saúde Pública.

Para preencher este questionário em suporte de papel, deve usar-se uma caneta esferográfica de cor azul. Ter cuidado de escrever em letras maiúsculas e de verificar se todas as perguntas foram respondidas. Necessita ainda do seguinte material para o preenchimento deste questionário: um lápis, borracha, estetoscópio, medidor de pressão arterial, lanterna, cronómetro, calculadora, 1 maçã de plástico, um cartão Jaeger, folha com texto em anexo.

Seja rigoroso e preencha todas as perguntas e cumpra escrupulosamente os critérios de inclusão descritos.

Todas as informações fornecidas pelos participantes no estudo são consideradas confidenciais, devendo sempre ser mantido um código de conduta regido por rigorosas normas éticas.

Local de aplicação do questionário: _____

1. Critérios de inclusão

	Sim	Não
Idade igual ou superior a 65 anos de Idade		
A pessoa ou familiar responsável, foram informados sobre a finalidade e os objetivos do estudo, aceitaram participar neste estudo?		
A pessoa ou familiar responsável, assinaram o formulário de consentimento informado deste estudo?		

2. Quem responde ao questionário?

Familiar	Participante	Cuidador

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

3. Data de nascimento	Dia	Mês	Ano	4. Sexo	Masculino	Feminino

5. Estado civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Outro (especifique)

6. Peso (em Kg)		7. Altura (em cm)	
-----------------	--	-------------------	--

Nota: 300 se acamado; 301 Não sabe/não responde

Nota: 301 Não sabe/não responde

8. Concelho de residência _____

9. Nível de escolaridade	
Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	
Frequentou a escola, mas não completou a 4a classe	
Fez exame da 4ª classe	
Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	
Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)	
Completou o ensino superior	
Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique)	

10. Diagnóstico(s) médico(s) das principais condições de saúde existentes

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

11. Tem filhos?	Sim	Não	Não responde

12. Com quem vive?	Filhos	Netos	Nora / genro	Espos(a)/ Companheiro(a)	Sozinho	Instituição	Outro (especifique)

13. Desenvolve algum trabalho remunerado?	Não	Sim	Qual:

14. É beneficiário do complemento solidário?	Sim	Não	Não sabe

Nota: Complemento financeiro para além da reforma.

15. Sabe o que é o cheque dentista?	Sim	Não	Não responde	16. Já utilizou o cheque dentista?	Sim	Não	Não responde

17. Consultou um Médico Dentista nos últimos 12 meses?	Sim	Não	Nunca consultou	Não sabe

18. Na sua opinião, a sua situação financeira, satisfaz as necessidades básicas de:				
	Sim	Não	Regular	Não responde
Alimentação				
Habituação				
Saúde				
Outro (especifique):				

SAÚDE ORAL

19. Índice de Avaliação Geral de Saúde Oral – GOHAI (versão portuguesa)

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raramente	Nunca	N/A
Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes ou próteses (placa)?						
Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar os alimentos?						
Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?						
Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?						
Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?						
Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?						
Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?						
Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?						
Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o/a deixou preocupado/a?						
Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?						
Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa dos problemas na boca?						
Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?						

FUNÇÕES DO CORPO

FUNÇÕES DE CONSCIÊNCIA

Avalie e classifique as funções da consciência pontuando cada uma das seguintes variáveis (Abertura dos olhos; Resposta verbal; Resposta motora)

20. Abertura dos olhos

Nenhuma	À dor	À voz	Espontânea

21. Resposta verbal

Nenhuma	Palavras incompreensíveis	Palavras inapropriadas	Confusa	Orientada

22. Resposta motora

Nenhuma	Extensão anormal	Flexão anormal	Movimento de retirada	Localiza dor	Obedece a comandos

23. Funções de Orientação

Avalie e classifique as funções da orientação pelas respostas dadas a cada uma das seguintes perguntas:

	Correto	Incorreto	N/A
Qual o seu nome completo?			
Qual a sua idade?			
Qual a sua nacionalidade?			
Qual o seu estado civil?			
Qual a sua profissão?			
Em que ano estamos?			
Em que mês estamos?			
Em que dia do mês estamos?			
Em que dia da semana estamos?			

Em que estação do ano estamos?			
Em que país estamos?			
Em que distrito vive?			
Em que terra vive?			
Em que casa estamos?			

24. Funções do sono

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	N/A
Nas últimas duas semanas adormeceu sentado e a ler					
Nas últimas duas semanas adormeceu a ver tv					
Nas últimas duas semanas adormeceu sentado em local público (sala de espera)					
Nas últimas duas semanas adormeceu como passageiro de um carro, uma hora sem intervalo					
Nas últimas duas semanas adormeceu deitado para descansar após o almoço					
Nas últimas duas semanas adormeceu sentado e a falar com alguém					
Nas últimas duas semanas adormeceu sentado após o almoço sem ingerir álcool					
Nas últimas duas semanas adormeceu a conduzir um carro em tráfego lento					
Nas últimas duas semanas ao deitar teve dificuldade de dormir?					
Nas últimas duas semanas acordou durante o sono e teve dificuldade para adormecer de novo?					
Nas últimas duas semanas acordou muito cedo e não conseguiu voltar a adormecer?					

25. Funções da memória

Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: Pera, Gato, Bola, Carro”.

Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”

	Correto	Incorreto	N/A
Pera			
Gato			
Bola			
Carro			

26. Funções emocionais (1)

Avalie as funções emocionais da seguinte forma: “Diga-me com que frequência, durante o último mês, se sentiu...”

	Sempre	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca	N/A
Feliz e satisfeito						
Com esperança no futuro						
A sua vida no dia-a-dia estava cheia de coisas interessantes						
Descontraído/tranquilo						
Prazer em coisas que fazia						
Amado e querido						
Calmo/equilibrado						

27. Funções emocionais (2)

Avalie as funções emocionais da seguinte forma:

“Diga-me com que frequência, durante o último mês, se sentiu...”

	Sempre	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca	N/A
Receoso/apreensivo						
Só						
A perder a cabeça ou perder o controle						
Muito nervoso						
Tenso e irritado						
Triste e em baixo						
Como se fosse chorar						

28. Funções cognitivas de nível superior

Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte:

O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?

Descodificou sem dificuldade	
Hesitou mas descodificou	
Descodificou interpretando à letra	
Hesitou, mas descodificou à letra	
Não descodificou	

29. Funções da visão

Avalie as funções da visão de acordo com as seguintes orientações:

Utilize o Cartão de Jaeger. O cartão é colocado a uma distância de 40 a 50 cm da pessoa idosa que, se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha ou com uma venda.

	1/2	1/25	1/3	1/4	1/5	1/6	1/8	1/10	N/A
Pontuação OE									
Pontuação OD									
Pontuação conjunta									

30. Funções auditivas

Avalie as funções auditivas procedendo segundo as seguintes instruções:

O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e sussurrar, primeiro num ouvido e depois no outro: “como se chama?”.

	Ouviu bem	Ouviu mas percebeu com dificuldade	Ouviu mas não percebeu	Não ouviu
Ouvido esquerdo				
Ouvido direito				

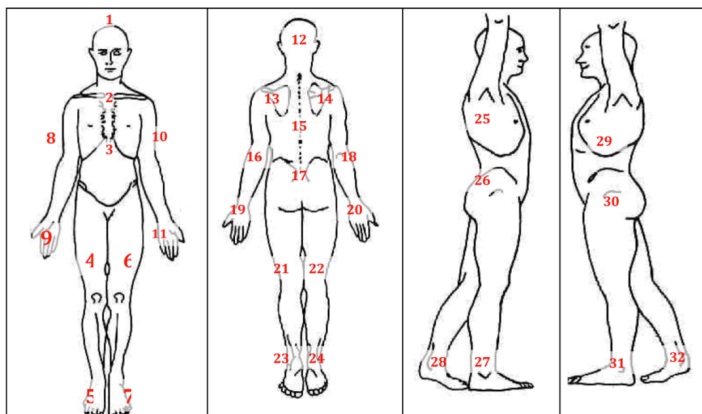
31. Sensação de dor

Avalie a sensação de dor, nas últimas duas semanas, usando a Escala Numérica ou a Escala de Faces (fornecidas separadamente). Escolha a que melhor se adequa à pessoa e use apenas uma.

	Escala numérica	Escala de faces
Valores Obtidos		

Localize a dor com recurso aos diagramas corporais abaixo, com a seguinte pergunta:

“Nas últimas duas semanas qual a localização das dores mais intensas?” (até o máximo de dois locais)



32. Localização das dores

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 41
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 42
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 43
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 44
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/>

33. Pressão Arterial

Sistólica

Diastólica

Avalie a Frequência Respiratória contando os ciclos durante 1 minuto completo

34. Frequência Respiratória

35. Funções de tolerância ao exercício

- ☐ Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, praticar desporto).
- ☐ Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada num sítio plano ou numa subida.
- ☐ Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano, tem que parar para respirar.
- ☐ Após andar alguns metros ou alguns minutos num sítio plano, tem que parar para respirar
- ☐ Falta de ar impede que saia de sua casa ou surge falta de ar quando troca de roupa.
- ☐ Não responde.

36. Funções de defecação

- ☐ 1 Dejeção/dia ☐ 6 a 7 dejeções/dia ☐ 1 dejeção em 2 dias ☐ 1 dejeção cada 8 a 9 dias
- ☐ 2 a 3 dejeções/dia ☐ 8 a 9 dejeções/dia ☐ 1 dejeção cada 2 a 4 dias ☐ 1 dejeção cada 10 a 11 dias
- ☐ 3 a 5 dejeções/dia ☐ > 9 dejeções/dia ☐ 1 dejeção cada 5 a 7 dias ☐ 1 Dejeção cada 12 dias ou +
- ☐ Outro (especifique) _____

37. Funções miccionais:

Quantas vezes urina por dia?

Utilize: **100** caso Algaliado; **101** caso Incontinente; **102** caso use fralda; **103** caso não saiba; **104** caso não responda

38. Funções de Mobilidade das Articulações

Coloque a pessoa em pé atrás de uma mesa e alinhada com o seu centro, depois coloque uma maçã a 30 cm do centro da mesa, primeiro para o lado esquerdo e depois para o direito. Dê a seguinte instrução à pessoa:

“Pegue na maçã com a mão direita e leve-a à boca. Volte a colocá-la sobre a mesa. Agora repita com a mão esquerda”

Membros Superiores

	MS D	MS E
Nenhum movimento		
Inicia o movimento com uma das articulações do braço, tentando apanhar a maçã		
Inicia o movimento com algumas das articulações do braço, tentando apanhar a maçã		
Consegue levar a mão à boca sem nenhuma resistência (sem pegar na maçã)		
Consegue levar a maçã à boca, mas com ajuda de terceiros		
Movimento normal capaz de vencer uma resistência, finaliza o movimento sem dificuldade, levando sozinho a maçã à boca		

39. Força de Força Muscular

	MS D	MSE
Nenhuma contração (não consegue iniciar movimento)		
Contração visível mas sem deslocação (tenta levar a mão à boca, mas não é capaz)		
Contração visível e movimento parcial (inicia o movimento, tenta levar a mão à boca e quase que consegue)		
Movimento completo contra a gravidade (consegue levar a mão à boca, sem a maçã)		
Movimento capaz de vencer uma resistência de intensidade média que lhe é oposta (consegue levar a maçã à boca)		
Movimento normal capaz de vencer uma forte resistência (consegue levar a maçã à boca, mesmo com resistência oferecida pelo entrevistador)		

40. Funções de Tônus Muscular	MS D	MSE
Tônus muscular normal (realiza o movimento no tempo esperado 2 seg)		
Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão (realiza o movimento completo, mas demora mais tempo que o esperado)		
Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento restante. (realiza o movimento completo, mas demora mais tempo que o esperado)		
Aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil (a testar pelo entrevistador)		
Partes afetadas rígidas, na flexão ou na extensão		

41. Funções de Mobilidade do Tronco e Membros Inferiores

Observar a pessoa a sentar-se num banco, sem apoio de costa, e depois a levantar-se, com um objeto nas mãos (ex., bola, livro), sem ajuda.

	Tronco	MID	MIE
Nenhum movimento			
Inicia o movimento com flexão do tronco mas não se levanta			
Inicia o movimento com flexão do tronco e levanta a bacia da cadeira, mas não consegue finalizar o movimento ficando de pé			
Consegue fazer o movimento sem nenhuma resistência (sem objeto nas mãos), ficando de pé			
Consegue fazer o movimento com resistência (objeto nas mãos), mas com ajuda de terceiros, ficando de pé			
Movimento normal capaz de vencer uma resistência, finaliza o movimento sem dificuldade e levanta-se sozinho sem ajuda e com objeto nas mãos			

42. Força do Tronco e Membros Inferiores	Tronco	MID	MIE
Nenhum movimento			
Inicia o movimento com flexão do tronco mas não se levanta			
Inicia o movimento com flexão do tronco e levanta a bacia da cadeira, mas não consegue finalizar o movimento ficando de pé			
Consegue fazer o movimento sem nenhuma resistência (sem objeto nas mãos), ficando de pé			
Consegue fazer o movimento com resistência (objeto nas mãos), mas com ajuda de terceiros, ficando de pé			
Movimento normal capaz de vencer uma resistência, finaliza o movimento sem dificuldade e levanta-se sozinho sem ajuda e com objeto nas mãos			

43. Tônus do Tronco e Membros Inferiores	Tronco	MID	MIE
Tônus muscular normal (realiza o movimento no tempo esperado 2 seg)			
Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão (realiza o movimento completo, mas demora mais tempo que o esperado)			
Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento restante. (realiza o movimento completo, mas demora mais tempo que o esperado)			
Aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil (a testar pelo entrevistador)			
Partes afetadas rígidas, na flexão ou na extensão			

44. Início da marcha

Instruções: Sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual e, em seguida, rápido,

porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais.

☐ Impossibilidade de realizar marcha ☐ Hesitação ou várias tentativas para iniciar ☐ Sem hesitação

45. Comprimento e altura dos passos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pé direito não ultrapassa o pé esquerdo | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo não ultrapassa o pé direito |
| <input type="checkbox"/> Pé direito ultrapassa o pé esquerdo | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo ultrapassa o pé direito |
| <input type="checkbox"/> Pé direito não sai completamente do chão | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo não sai completamente do chão |
| <input type="checkbox"/> Pé direito sai completamente do chão | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo sai completamente do chão |

46. Simetria dos passos

- ☐ Passos diferentes ☐ Passos semelhantes

47. Continuidade dos passos

- ☐ Paradas ou passos descontínuos ☐ Passos contínuos

48. Direção

- ☐ Desvio nítido ☐ Desvio leve ou moderado ou uso de apoio ☐ Linha reta sem apoio (bengala ou andador)

49. Tronco

- ☐ Balanço grave ou uso de apoio ☐ Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços
- ☐ Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio

50. Distância dos tornozelos

- ☐ Tornozelos separados ☐ Tornozelos quase se tocam

ESTRUTURAS DO CORPO

Avalie a estrutura da boca utilizando a figura abaixo e socorrendo-se da espátula e lanterna se necessário



51. Assinale os dentes presentes, ausentes e os reabilitados

	Dentes presentes	Dentes ausentes	Dentes reabilitados
1.1 - Incisivo Central Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 - Incisivo Lateral Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 - Canino Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4 - Primeiro Pré-molar Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5 - Segundo Pré-molar Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6 - Primeiro Molar Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7 - Segundo Molar Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8 - Terceiro Molar Superior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 - Incisivo Central Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 - Incisivo Lateral Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 - Canino Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 - Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 - Segundo Pré-molar Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 - Primeiro Molar Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 - Segundo Molar Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 - Terceiro Molar Superior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1 - Incisivo Central Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 - Incisivo Lateral Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 - Canino Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 - Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 - Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6 - Primeiro Molar Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7 - Segundo Molar Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8 - Terceiro Molar Inferior Esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1 - Incisivo Central Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 - Incisivo Lateral Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 - Canino Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 - Primeiro Pré-molar Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 - Segundo Pré-molar Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6 - Primeiro Molar Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7 - Segundo Molar Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8 - Terceiro Molar Inferior Direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. Prótese Dentária Removível

Nº de dentes – Maxilar Superior		Nº de dentes – Maxilar Inferior	
---------------------------------	--	---------------------------------	--

Nº de dentes – Maxilar Superior		Nº de dentes – Maxilar Inferior	
---------------------------------	--	---------------------------------	--

Avalie a estrutura dos membros superiores classificando quanto à extensão e natureza da deficiência

53. Extensão da deficiência

[illegible]

54. Natureza da deficiência

[illegible]

Avalie a estrutura dos membros inferiores, classificando quanto à extensão e natureza da deficiência

55. Extensão da deficiência

[illegible]

56. Natureza da deficiência

			Coxa direita	Coxa esquerda	Perna direita	Perna esquerda	Joelho direito	Joelho esquerdo	Pé direito	Pé esquerdo
Nenhuma estrutura	mudança	na	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edemas			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dimensões aberrantes			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausência			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avalie a estrutura das áreas da pele.

57. Tipo de pele

- ☐ Oleosa
 ☐ Seca
 ☐ Desidratada
 ☐ Normal

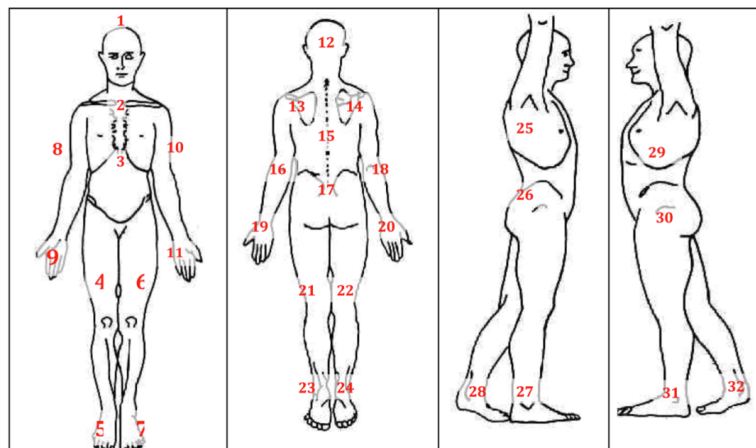
58. Existe alguma lesão na pele?

- ☐ Sim
 ☐ Não

59. Lesões da pele

- ☐ Mácula
 ☐ Pápula
 ☐ Hematomas
 ☐ Escoriações
 ☐ Feridas
 ☐ Úlceras

Assinale as localizações das lesões segundo o diagrama corporal abaixo



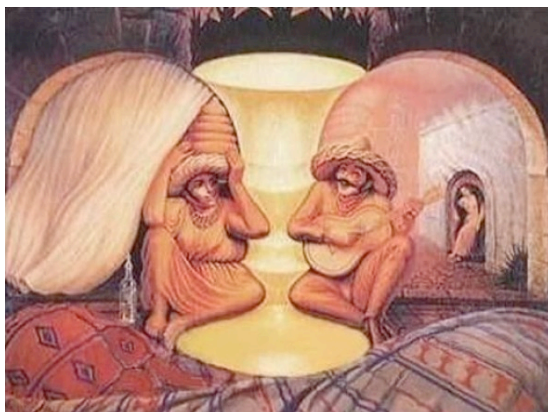
60. Localização das lesões

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 41
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 42
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 43
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 44
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO

Avalie a capacidade de observar pedindo à pessoa para olhar para a imagem seguinte durante 30 segundos.

Após, solicite à pessoa para descrever o que observou.



61. O que observou?

- ☐ Dois idosos ☐ O cálice ☐ O mexicano a tocar viola – direita ☐ A mexicana – direita ☐ Pormenor (garrafa/brinco, mulher à porta)

Notas: _____

62. Capacidade de leitura

Avalie a capacidade de leitura pedindo à pessoa para ler o seguinte texto:

“Suponha que depois de tomar um café, pega num jornal e descobre que não entende nada do que está escrito. Tenta decifrar as palavras, mas não consegue entender uma linha sequer. Apesar de desorientado pela descoberta, precisa de ir trabalhar, pois é um dia muito importante e de grandes decisões.”

- ☐ Leitura correta
- ☐ Leitura com vacilações
- ☐ Leitura com vacilações, substituições, erros leves
- ☐ Leitura silabada com erros graves
- ☐ Não realiza leitura

63. Capacidade de escrita

Avalie a capacidade de escrever, pedindo à pessoa para escrever a seguinte frase:

“Hoje fui passear à Serra da Estrela”

- ☐ Escrita correta
- ☐ Grafismo irregular
- ☐ Grafismo irregular, com incorreções nas palavras
- ☐ Erros ortográficos graves
- ☐ Não realiza escrita

64. Capacidade de resolver problemas

Avalie a capacidade de resolver problemas contando a seguinte história:

“Imagine que o seu vizinho lhe veio pedir que o ajudasse a tomar uma decisão sobre o filho. O filho é casado e tem 2 filhos, estava há muito tempo desempregado e sem dinheiro. Por isso tinha aceiteado uma proposta de um empresário para fazer uns biscates. Era-lhe pedido que transportasse umas encomendas de umas terras para outras. Não sabia o que transportava e um dia, que perguntou, disseram-lhe que era melhor não saber. Começou a desconfiar que devia ser qualquer coisa ilegal, mas continuou pois precisava do dinheiro. Um dia a polícia mandou-o parar e descobriu que a encomenda era contrabando e por isso prendeu-o.

O patrão visitou-o na cadeia e disse-lhe que se não o denunciasses, manteria o seu ordenado enquanto estivesse na prisão e quando ele saísse teria o emprego à sua espera”.

Que conselho daria nesta situação? Porquê?

- ☐ Apresenta uma solução sem dificuldades e justifica-a
- ☐ Tem ligeiras dificuldades mas apresenta uma solução e justifica-a
- ☐ Tem algumas dificuldades em apresentar uma solução e não a justifica
- ☐ Tem muitas dificuldades em apresentar uma solução e não a justifica
- ☐ Não apresenta solução

65. Rotina diária

Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia

- ☐ Realizar a rotina diária, sem dificuldades
- ☐ Realizar a rotina diária, mas tem dificuldades ligeiras
- ☐ Realizar a rotina diária, mas tem dificuldades
- ☐ Realizar a rotina diária, mas tem dificuldades acentuadas
- ☐ Não realiza a rotina diária

66. Mudar a posição básica do corpo

Avalie a capacidade de mudar a posição básica do corpo através das seguintes perguntas

	Nenhuma dificuldade	Dificuldade e ligeira	Dificuldade e moderada	Dificuldade e grave	Dificuldade e completa
Consegue mudar de posição na cama, sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue deitar-se e levantar-se da cama, sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue sentar-se e levantar-se de uma cadeira, sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue mudar de posição em pé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue estar em pé e curvar-se?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue agachar e ajoelhar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Utilização da mão e do braço

Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço de acordo com a resposta dada na pergunta 38

	Lado Direito	Lado esquerdo
Nenhum movimento		
Inicia o movimento com uma das articulações do braço, tentando apanhar a maçã		
Inicia o movimento com algumas das articulações do braço, tentando apanhar a maçã		
Consegue levar a mão à boca sem nenhuma resistência (sem pegar na maçã)		
Consegue levar a maçã à boca, mas com ajuda de terceiros		
Movimento normal capaz de vencer uma resistência, finaliza o movimento sem dificuldade, levando sozinho a maçã à boca		

68. Capacidade de andar

Observando a marcha da pessoa, avalie e classifique:

- ☐ Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência
- ☐ Deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.
- ☐ Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.
- ☐ Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas
- ☐ Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.

69. Capacidade de se deslocar

	Sem dificultad e	Sim, mas um pouco limitado	Sim moderadamente e limitado	Sim, muito limitado	Não
Consegue subir ou descer vários lances de escadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue correr ainda que distâncias curtas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue saltar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue nadar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avalie, inquirindo sobre a capacidade de mover todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho

70. Dentro de casa

- ☐ Sem ajuda ☐ Com pouca ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ A maior parte do tempo com ajuda ☐ Sempre com ajuda

71. Fora de casa

- ☐ Sem ajuda ☐ Com pouca ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ A maior parte do tempo com ajuda ☐ Sempre com ajuda

Avalie e classifique a capacidade da pessoa para:

72. Lavar-se

- ☐ Não recebe assistência (entra e sai da banheira sem ajuda).
☐ Recebe assistência no banho apenas a uma parte do corpo, como costas ou uma perna ou para entrar ou sair da banheira, de uma pessoa.
☐ Recebe assistência no banho a mais do que uma parte do corpo, de uma pessoa.
☐ Recebe assistência no banho, com ajuda de pelo menos duas pessoas.
☐ Recebe assistência total para o banho, totalmente dependente.

73. Cuidar de partes do corpo (unhas, genitais, couro cabeludo, cara, etc)

- ☐ Sem ajuda
☐ Ajuda mínima do cuidador e com ajuda da pessoa até 75%
☐ Ajuda moderada do cuidador e com ajuda da pessoa até 50%
☐ Ajuda moderada do cuidador e com ajuda da pessoa até 25%
☐ Ajuda total do cuidador e sem ajuda da pessoa.

74. Cuidados relacionados com os processos de excreção

- ☐ É autónomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, prevê a eliminação e é continente.
☐ É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.
☐ É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação. É continente
☐ É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação. É incontinente.
☐ Não é autónomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação

75. Vestir-se

- ☐ Veste-se sozinho Sem ajuda
- ☐ Necessita de uma Ajuda mínima do cuidador para se vestir. Com ajuda da pessoa até 75%
- ☐ Necessita de Ajuda moderada do cuidador para se vestir. Com ajuda da pessoa até 50%
- ☐ Necessita de ajuda moderada do cuidador para se vestir. Com ajuda da pessoa até 25%
- ☐ Ajuda total do cuidador para se vestir e sem ajuda da pessoa

Avalie e classifique a capacidade da pessoa para:

76. Comer

- ☐ É totalmente independente no ato de comer
- ☐ É independente no ato de comer com supervisão
- ☐ É independente no ato de comer utilizando estratégias
- ☐ Necessita de auxílio em parte do processo de comer
- ☐ É dependente no ato de comer

77. Beber

- ☐ É totalmente independente no ato de beber
- ☐ É independente no ato de beber com supervisão
- ☐ É independente no ato de beber utilizando estratégias
- ☐ Necessita de auxílio em parte do processo de beber
- ☐ É dependente no ato de beber

78. Vida comunitária

Em relação à vida comunitária coloque as seguintes questões:

	Sim	Não	ns/n r
Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por grupo local, paróquia, junta de freguesia, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ainda participa nessas atividades ou grupos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha que necessita participar neste tipo de atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantas vezes por semana participa nessas atividades?	<input type="text"/>		

FACTORES AMBIENTAIS

Em relação a Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores coloque a seguinte questão:

79. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre (refira a que usa mais frequentemente)?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Bengala ou tripé
- ☐ Muletas
- ☐ Cadeira de rodas (manual ou elétrica)
- ☐ Ortótese (membros inferiores)
- ☐ Ortótese (coluna)
- ☐ Membro artificial
- ☐ Outro (especifique)

Em relação a produtos e tecnologias para a comunicação coloque a seguinte questão:

80. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?

- ☐ Prótese auricular ☐ Óculos (lentes de contacto ou dispositivo semelhante)
☐ Sintetizador de voz ☐ Outro (especifique)

81. Identificação do agregado familiar próximo

N	Grau de parentesco	Tipo de relacionamento	Idade	Escolaridade	Actividade profissional	Situação profissional
1						
2						
3						
4						

85. Qual destas pessoas o ajuda mais nas suas atividades da vida diária?

- ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4)

86. Identificação do agregado familiar alargado

N	Idade	Escolaridade	Actividade profissional	Situação profissional
1				
2				
3				
4				

Nas últimas duas semanas, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados (excluir os recebidos no hospital)?

90. Cuidados pessoais diários

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Ns/nr

91. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- ☐ Alguém a quem paga essa ajuda
☐ Alguém de uma instituição ou Seg. Social (identificar) _____

92. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajudá-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- ☐ Menos de 1/2 hora por dia ☐ 1/2 hora a 1h 1/2 por dia ☐ Mais de 1h 1/2 por dia ☐ Ns/nr

93. Ainda está a receber essa ajuda?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Ns/nr

94. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se comer, ir à casa de banho, etc.?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Ns/nr

95. Profissionais de saúde

Nos últimos 6 meses algum dos seguintes profissionais lhe prestou cuidados de saúde?

- ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapeuta ☐ Nutricionista
☐ Psicólogo ☐ Terapeutas ocupacionais ☐ Terapeutas da fala ☐ Outro _____

96. Frequência de cuidados prestados

Nos últimos 6 meses, com que frequência algum dos seguintes profissionais lhe prestou cuidados de saúde?

- | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Médico | <input type="text"/> | Enfermeiro | <input type="text"/> | Fisioterapeuta | <input type="text"/> | Nutricionista | <input type="text"/> |
| Psicólogo | <input type="text"/> | Terapeuta ocupacional | <input type="text"/> | Terapeuta da fala | <input type="text"/> | Outro | <input type="text"/> |

97. Tipo de cuidados

Que tipo de cuidados lhe prestou alguém dos seguintes profissionais? (ex. fazer penso, levar injeção, fazer terapia)

- | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Médico | <input type="text"/> | Enfermeiro | <input type="text"/> | Fisioterapeuta | <input type="text"/> | Nutricionista | <input type="text"/> |
| Psicólogo | <input type="text"/> | Terapeuta ocupacional | <input type="text"/> | Terapeuta da fala | <input type="text"/> | Outro | <input type="text"/> |

98. Actualmente está a receber Cuidados?

	Sim	Não
Médico		
Enfermeiro		
Fisioterapeuta		
Psicólogo		
Terapeutas ocupacionais		
Terapeutas da fala		
Nutricionista		
Dentista		
Outro:		

99. Necessidade de cuidados

Acha que necessita desses cuidados prestados por alguém dos seguintes profissionais?

	Sim	Não
Médico		
Enfermeiro		
Fisioterapeuta		
Psicólogo		
Terapeutas ocupacionais		
Terapeutas da fala		
Nutricionista		
Dentista		
Outro:		

100. Meio de transporte

Quando precisa de ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, ou outro sítio, como se desloca?

<input type="checkbox"/> Carro próprio	<input type="checkbox"/> Carro de familiar	<input type="checkbox"/> Táxi	<input type="checkbox"/> Comboio
<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio a idoso	<input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____		

Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

101. Deslocações por semana	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------

102. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?

☐ Sim ☐ Não ☐ Ns/nr

103. Formação

Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...?

Sim

Não

Ns/nr

104. Atividades diárias

Acha que necessita da preparação mencionada em 103 para as suas atividades de vida diária?

Sim

Não

Ns/nr

105. Exercício físico

Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela junta de freguesia, câmara municipal, etc.?

Sim

Não

Ns/nr

106. Quantas vezes, por semana, participa nessas atividades?

107. Ainda participa nesses programas de desporto

Sim

Não

Ns/nr

108. Fazer desporto

Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

Sim

Não

Ns/nr

AVALIAÇÃO DE FUNÇÕES

109. Capacidade de atenção

As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção.

Deste modo, considere a capacidade de atenção manifestada na resposta a este questionário e classifique.

Nenhuma
dificuldade

☐

Dificuldade
ligeira

☐

Dificuldade
moderada

☐

Dificuldade grave

☐

Dificuldade complete

☐

110. Aquisição de competências nas respostas ao longo do questionário

Nenhuma
dificuldade

☐

Dificuldade
ligeira

☐

Dificuldade
moderada

☐

Dificuldade grave

☐

Dificuldade complete

☐

111. Capacidade de concentração nas respostas ao longo do questionário

Nenhuma
dificuldade

☐

Dificuldade
ligeira

☐

Dificuldade
moderada

☐

Dificuldade grave

☐

Dificuldade complete

☐

112. Capacidade de compreender

- ☐ Comunica sem dificuldades
- ☐ Comunica, mas tem dificuldades ligeiras
- ☐ Comunica, mas tem dificuldades
- ☐ Comunica, mas tem dificuldades acentuadas
- ☐ Não comunica

113. Capacidade de Produzir mensagens verbais ao longo do questionário

- ☐ Fala, com discurso claro
- ☐ Fala, com discurso pouco claro
- ☐ Fala, com discurso nada claro
- ☐ Tenta expressar-se apenas por monossílabos
- ☐ Incapaz de produzir um discurso articulado

114. Capacidade de Conversar ao longo do questionário

- ☐ Inicia e mantém uma conversa com várias pessoas
- ☐ Inicia e mantém uma conversa no máximo com duas pessoas
- ☐ Inicia uma conversa mas só a consegue manter com uma pessoa
- ☐ Não consegue manter uma conversa
- ☐ Não consegue iniciar uma conversa

Obrigado por a sua Colaboração

Assinatura do entrevistador:

Data da recolha: ____/____/____

